El trastorno BIPOLAR



DEPRESIÓN Y MANÍA

La enfermedad de las emociones

La enfermedad de las emociones

El trastorno bipolar

Psiquiatría 21

Dirigida por

Jerónimo Saiz Ruiz

Catedrático de Psiquiatría,
Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá;
Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

- **La enfermedad de Alzheimer**
  Un trastorno neuropsiquiátrico
  Manuel Martín Carrasco
- **Psiquiatría e Internet**
  Aprendiendo a utilizar Internet
  Pedro Moreno Gea, Carmen Blanco Sánchez,
  Virgili Páez Cervi y Jerónimo Saiz Ruiz
- **Neurodesarrollo y esquizofrenia**
  Aproximaciones actuales
  Jordi E. Obiols Llandrich
- **Antagonistas opiáceos en las dependencias**
  Clínica de naltrexona
  Enriqueta Ochoa Mangado
- **La enfermedad de las emociones**
  El trastorno bipolar
  Eduard Vieta, Francesc Colom y Anabel Martínez-Arán

La enfermedad de las emociones

El trastorno bipolar

Eduard Vieta
Francesc Colom
Anabel Martínez-Arán





El Centro de Investigación en Psiquiatría Médica
tiene como fin
«fomentar, mediante todo tipo de acciones, la puesta en marcha de iniciativas que faciliten el mejor conocimiento sobre el origen y los progresos en el tratamiento de las enfermedades mentales».

www.arsmedica.info

Paseo de Gracia 25, 3.º - 08007 Barcelona (España)
www.ArsXXI.com

ISBN FALTA
Depósito Legal: B. FALTA - 2003
Impresión: Gràfiques 92, S.A. - Av. Can Sucarrats 91 - Rubí (Barcelona) (2003)
Printed in Spain

Este libro está dedicado a todos aquellos
que han hecho y hacen posible
la Asociación de Bipolares de Cataluña

Colaboradores

Francesc Colom i Victoriano (Barcelona, 1971)

Es psicólogo clínico, Doctor *«cum laude»* en Psicología y Máster en Psiquiatría Social por la Universidad de Barcelona. Ha publicado más de 80 artículos en revistas nacionales e internacionales de primer nivel y es miembro del Consejo de la ISBD, Sociedad Científica Internacional para los trastornos Bipolares, y del consejo editorial de varias revistas internacionales. Actualmente trabaja como investigador del Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS) en un proyecto del programa de trastornos bipolares del Hospital Clínico de Barcelona, financiado por el Stanley Medical Research Institute, Bethesda (USA).

Anabel Martínez-Arán (Barcelona, 1971)

Es psicóloga clínica y Máster en Diagnóstico y Terapias Psicológicas por la Universidad de Barcelona. Ha publicado más de 80 artículos en revistas nacionales e internacionales, algunos de éstos sobre alteraciones neuropsicológicas en el trastorno bipolar. Actualmente trabaja como investigadora del Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS) en un proyecto del programa de trastornos bipolares del Hospital Clínico de Barcelona, financiado por el Stanley Medical Research Institute, Bethesda (USA)3.

Eduard Vieta i Pascual (Barcelona, 1963)

Es médico especialista en psiquiatría, Doctor *«cum laude»* en Medicina por la Universidad de Barcelona y Premio Extraordinario de tesis. Actualmente es el coordinador del programa de trastornos bipolares del servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Barcelona, investigador del IDIBAPS, y Director de Investigación del Instituto de Psiquiatría y Biología Clínica del mismo Hospital. Ha publicado más de 100 artículos sobre este tema en revistas científicas nacionales e internacionales y es autor de varios libros al respecto. Es socio fundador y asesor científico de la Asociación de Bipolares de Cataluña, y miembro del Consejo de varias sociedades científicas internacionales.

Nuestras emociones, sentimientos y estados de ánimo no sólo dependen de factores externos, sino también de mecanismos biológicos (neurotransmisores, hormonas) que controlan el cerebro. Algunas personas padecen el trastorno bipolar, antiguamente denominado psicosis maníaco-depresiva, que básicamente consiste en una descompensación de los mecanismos que regulan el estado de ánimo. Estas personas pasan de la euforia más intensa a la depresión más profunda. A través de la comprensión de los fenómenos que explican los cambios emocionales, junto con el tratamiento farmacológico y el apoyo familiar y social, los que padecen alguna forma de trastorno bipolar, desde el más grave hasta el más leve, podrán afrontar su situación de una forma más libre y auténtica.

Prólogo

Uno de los grandes problemas actuales es que no podemos hablar con los científicos porque no entendemos nada de ciencia, y ellos no pueden hablar con nosotros porque, pobres, sólo entienden de eso.

MICHAEL FLANDERS

Las emociones guían y modulan nuestras vidas; son nuestro motor, constituyen el impulso que nos hace ir adelante, aunque no sepamos bien hacia dónde vamos. Si nos paramos a pensar qué es lo más importante para nosotros, nos daremos cuenta de que su importancia proviene de los sentimientos que depositamos en ello. Aunque pueda parecer una obviedad, resulta que aparentamos guiarnos por mecanismos racionales. Incluso, somos tan vanidosos que nos autodenominamos *Homo sapiens*, como si nuestra sabiduría fuera nuestra principal característica. Sin embargo, el gobierno de nuestras emociones es lo que nos ha hecho progresar. La revolución tecnológica es una suma de pequeños pasos, incomparablemente más pequeños que el de diferir una recompensa para obtener otra aún mayor un poco más tarde.

Esta misma revolución tecnológica, que se basa en el llamado *método científico* y que nos ha ayudado a comprender que ni somos el centro del mundo ni los protagonistas de la historia, ni tan siquiera los dueños de nuestras propias decisiones, recientemente nos ha permitido explorar un terreno absolutamente apasionante: las bases biológicas de las emociones. Algunas personas se asustan cuando se habla de este

tema, tal como ocurrió cuando Copérnico contradijo el supuesto de que la Tierra permanece inmóvil en el centro del universo, o cuando Darwin formuló la teoría de la evolución de las especies, porque el conocimiento abre puertas cerradas durante siglos que no sabemos adónde nos conducirán. Los recientes avances en genética suscitan interrogantes éticos ante el extraordinario poder que puede suponer la manipulación de estos conocimientos por parte de personas o grupos sin escrúpulos.

El progreso del conocimiento es imparable. El único modo de cumplir los requisitos éticos del progreso científico es utilizar mecanismos de control social, por lo que es imprescindible su divulgación. Las prohibiciones y censuras son inútiles y contraproducentes. No debemos temer el conocimiento, sino el uso que se hace de él más allá de los mecanismos de control democrático. Por ello es tan importante que todos tengamos una buena formación humanística y científica.

Actualmente sabemos que muchos de nuestros comportamientos aparentemente libres y racionales son impulsados por mecanismos codificados genéticamente y regulados bioquímicamente. Esto no implica un determinismo simplista. La constante interacción entre programación genética y circunstancias externas modifica y condiciona a cada instante nuestra conducta. Son tantas las variables que intervienen en este proceso que, aparentemente, se comporta como el azar: cuando tiramos una moneda no podemos predecir con seguridad si saldrá cara o cruz. Pero la ciencia nos permite algo aparentemente trivial y en realidad trascendental: por un lado, asegurar que si no sale cara es que ha salido cruz; por otro, otorgar una probabilidad a cada fenómeno (en este caso, el 50 %). Ahora quizás aparezca aquel meticuloso que dice que la moneda también puede caer de canto. Bien, en este caso, podemos afirmar que sólo hay tres opciones: cara, cruz o canto. Cada una de ellas tiene su probabilidad.

Mientras estudiaba medicina me sentía algo abrumado ante la gran cantidad de información que debía asimilar. Me parecía que el listado de enfermedades, síntomas y remedios era infi-

nito. Fue más tarde, durante el ejercicio de mi profesión, cuando me di cuenta de que este número era sorprendentemente pequeño: como las caras de una moneda, es un número finito. Esto me enseñó que los seres humanos somos muy distintos en cuanto a tamaño, color y forma de pensar; pero enfermamos de un modo muy similar. En psiquiatría, que es mi especialidad, esto es extraordinariamente importante: las personas son diferentes, pero las enfermedades se parecen.

La psiquiatría es una disciplina científica muy ambiciosa: aspira a comprender y aliviar el sufrimiento psíquico. La historia de la psiquiatría, como la historia de la humanidad, ha pasado por momentos de expansión y enriquecimiento y por épocas oscuras en las que el enfermo ha sufrido directamente las consecuencias de la ignorancia y los prejuicios sociales, religiosos o políticos. A partir de la segunda mitad del siglo xx, la aparición de los psicofármacos (medicamentos para el tratamiento de las enfermedades mentales) ha supuesto un cambio espectacular, tanto en el modo de tratar los trastornos psiquiátricos, como en la percepción que la sociedad tiene de la labor del psiquiatra. El descubrimiento, prácticamente casual, de la eficacia de ciertas sustancias en el tratamiento de algunas enfermedades hasta entonces incurables también ha impulsado la investigación de los mecanismos bioquímicos que gobiernan nuestras emociones, pensamientos y conductas. Fenómenos que todos calificaban de intangibles o espirituales aparecen, a la luz de los conocimientos actuales, como el resultado de complejas reacciones bioquímicas y electroquímicas. ¿Quiere esto decir que ya lo sabemos todo, que podemos predecir la conducta humana? No, pero sabemos el número de caras de la moneda.

Quizás os preguntaréis adónde quiero ir a parar con tantas disquisiciones sin vínculo aparente y hasta cierto punto superficiales. Bien, la conclusión de lo que he expuesto es que actualmente conocemos una parte pequeña, pero significativa, de los mecanismos biológicos que intervienen en la expresión y el control de las emociones. Los conocimientos se obtienen de la observación y con la participación de personas afectadas por enfermedades de las emociones, del mismo

modo que para entender que un animal es grande es mejor comparar un elefante con una hormiga, que un perro con un gato. Pero..., ¿qué son las enfermedades de las emociones? Espero que este libro, escrito en colaboración con dos grandes psicólogos, Francesc Colom y Anabel Martínez-Arán, os ayude a entenderlo. En especial en el caso de quien padezca una de estas enfermedades, en las que el libro centra su atención, como es el trastorno bipolar, y también en el de sus familiares y amigos, a menudo desconcertados y faltos de explicaciones.

Así pues, este libro va dirigido especialmente a personas que padecen, directa e indirectamente, la enfermedad bipolar de las emociones, aunque también puede ser útil para profesionales de la salud mental, para ayudarles a encontrar modos simples de transmitir a los pacientes nuestra comprensión científica y humana de su enfermedad y la necesidad de colaborar activamente en el tratamiento. Así pues, pacientes, familiares, amigos, psiquiatras, médicos de otras especialidades, enfermeras, psicólogos y personas interesadas en los trastornos afectivos podrán hallar –esperamos– alguna respuesta a aquellas preguntas que inevitablemente surgen y que, a veces, uno preferiría no hacer. Quizás no hay respuesta a todas las preguntas. Quizás algunas premisas que hoy consideramos válidas serán refutadas. En cualquier caso, será suficiente que una sola persona encuentre consuelo y comprensión a partir de los conocimientos que pondremos a su alcance. Como decía antes, la divulgación científica es la base de la canalización positiva de los dilemas éticos que conlleva el progreso tecnológico. Para los afectados, es posible que parte de la información proporcionada en estas páginas sea, en algún momento, dolorosa o angustiosa; nuestra experiencia nos dice que tras esta sensación se produce rápidamente otra de alivio y descanso. La ignorancia, la ceguera voluntaria y huir de la realidad son malas soluciones; a la larga debilitan y predisponen a otras huidas, como el consumo de drogas o el aislamiento social. El conocimiento de la verdad, afrontar la adversidad y adaptarse al infortunio nos hacen más fuertes, más libres y, a la larga, mucho más felices.

EDUARD VIETA

Índice de capítulos

¿Qué es el trastorno bipolar?

Hay un gran desconocimiento de esta enfermedad por parte de la población general, agravado por los prejuicios y temores ancestrales que aún suscitan los trastornos psíquicos. Sin embargo, esta enfermedad tiene muchas semejanzas con la diabetes o la hipertensión arterial ya que, como en éstas, el tratamiento médico la mantiene compensada y evita gran parte de los riesgos que comporta por sí misma cuando no está controlada (pérdida del trabajo, ruptura con la pareja, abuso de drogas o suicidio, entre otras). En esta enfermedad, los mecanismos que controlan el estado de ánimo de una persona no funcionan correctamente, al igual que ocurre con la hipertensión respecto de los valores de presión arterial, de modo que, en circunstancias determinadas, se producen «subidones» o «bajones» exagerados del estado de ánimo, que pueden durar semanas o meses, cuya intensidad a veces requiere la hospitalización. Las fases de euforia, denominadas *fases maníacas*, cursan con hiperactividad, exceso de confianza en uno mismo, irritabilidad, locuacidad y, en algunos casos, incluso con ideas delirantes; a pesar de que para los demás es muy evidente que el sujeto no se halla en su estado normal, el paciente tiende a creer que se encuentra perfectamente. En las fases depresivas, en cambio, parece que nadie entiende que la apatía, la falta de energía e interés por las cosas, el enlentecimiento y el cansancio no pueden resolverse mediante alguna actividad agradable o con fuerza de voluntad.

Los psiquiatras clasificamos las enfermedades del estado de ánimo en dos grupos: las enfermedades bipolares y las unipolares. La enfermedad unipolar entraña exclusivamente fases

depresivas (una o más), mientras que en la bipolar es necesaria por lo menos una fase maníaca, hipomaníaca o mixta. Las depresiones unipolares son en realidad un conjunto heterogéneo en el que destacan desde reacciones de tristeza ante un fracaso personal hasta enfermedades graves de origen básicamente biológico u orgánico. El trastorno bipolar, en cambio, a pesar de presentarse de modos muy diversos en función de su gravedad, es mucho más homogéneo como categoría diagnóstica. La mayoría de libros divulgativos sobre la depresión hablan exclusivamente de la depresión unipolar, o bien mencionan de un modo tangencial un subtipo de depresiones que se tratan con litio para referirse a las depresiones bipolares. Aunque la depresión unipolar y la bipolar tienen puntos en común, mezclar las unas con las otras es equívoco porque algunas depresiones unipolares no tienen nada que ver con las bipolares. En este libro, centraremos la atención básicamente en el trastorno bipolar, que comprende tanto fases depresivas como fases contrarias de hiperactividad y aceleración.

Un poco de historia

La historia es el antídoto de la nostalgia.

LUIS ROJAS-MARCOS

El trastorno bipolar se denominaba antiguamente *psicosis maníaco-depresiva*. Este nombre le fue impuesto por el gran psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926), quien lo diferenció de otra enfermedad mental, la esquizofrenia. Hasta la obra de Kraepelin, a principios del siglo XX, estas enfermedades no estaban bien diferenciadas. Actualmente todavía hay controversia porque existe un subgrupo de pacientes, denominados *esquizoafectivos*, que manifiestan síntomas comunes a ambas enfermedades. Muy pronto quedó claro que muchos pacientes maníaco-depresivos no manifestaban síntomas de psicosis y que algunos incluso presentaban fases de euforia moderada que no llegaba a la manía, motivo éste por el que se impuso un cambio de nombre. La denominación *trastorno bipolar* fue introducida por Karl Leonhard (1904-1988) para diferenciar esta enfermedad de otra con la cual también puede confundirse: las depresiones «vulgares» o unipolares, según la terminología de este autor. Esta clasificación, como decíamos anteriormente, sigue aún vigente, si bien es cierto que con pequeñas modificaciones.

Sin embargo, esta enfermedad se conoce desde tiempos inmemoriales. En la antigua Grecia, un autor llamado Arato ya describió la relación entre la depresión, denominada *melancolía*, y la manía. El término *manía* no tiene nada que ver con el concepto popular o coloquial, según el cual una

manía es una característica peculiar, una obsesión, o una extravagancia reiterada propia de un individuo. Se trata de una palabra que procede del griego y que en la antigüedad servía para designar cualquier enfermedad mental, en especial si se acompañaba de agitación o violencia. Actualmente la manía es una manifestación del trastorno bipolar que se caracteriza por hiperactividad, euforia o irritabilidad, grandilocuencia y muchos otros síntomas que más adelante explicaremos con más detalle. El concepto actual de manía tampoco tiene ninguna relación con el uso de la palabra *maníaco*, sobre todo en los países anglosajones, donde se utiliza para designar a los agresores sexuales o a los psicópatas. Como podemos ver, la terminología psiquiátrica está popularmente muy contaminada por connotaciones peyorativas que no ayudan en nada a los afectados a aceptar de buen grado la realidad de su enfermedad.

Los primeros en difundir la idea de que la manía y la depresión son fases distintas (y en muchos aspectos opuestas) de una misma enfermedad fueron los psiquiatras franceses Falret y Baillarger. En 1854 ambos publicaron, por separado, la descripción de lo que actualmente denominamos *trastorno bipolar* como una enfermedad cíclica, donde la manía y la depresión eran las dos caras de una misma moneda. Posteriormente, como ya hemos dicho, Kraepelin diferenciaría esta evolución cíclica con períodos asintomáticos de la evolución crónica de la esquizofrenia. Así, para entender esta enfermedad se introdujo un concepto fundamental denominado *curso longitudinal*. Este concepto implica que la enfermedad en sí no es la manía o la depresión, sino la vulnerabilidad para sufrir episodios de manía o depresión. Muchos pacientes aceptan que están enfermos durante una fase depresiva, o que lo han estado durante una fase maníaca, pero les cuesta mucho más entender que cuando se encuentran bien la enfermedad aún está presente, aunque no se manifieste. Curiosamente, cien años antes de la obra de Falret y Baillarger, el médico aragonés Andrés Piquer (1711-1772), médico de cámara de Fernando VI y Carlos III, ya había descrito minuciosamente la íntima relación entre melancolía y manía como

parte de una misma enfermedad. Lo hizo partiendo del profundo conocimiento que tenía del rey Fernando VI, quien padecía un trastorno bipolar. Lamentablemente la obra de Piquer es prácticamente desconocida en el ámbito de la psiquiatría y son pocos quienes reconocen el mérito de este médico del siglo XVIII quien se avanzó a su tiempo, aunque su obra fue publicada en su mayor parte de forma póstuma por su hijo.

Así pues, hablamos de una enfermedad que ha acompañado al ser humano desde los inicios de su historia. Podemos felicitarnos por vivir en la época actual, ya que, además de disponer de tratamientos (que apenas hace cincuenta años que existen), la sociedad actual acepta la existencia de las enfermedades mentales y la necesidad de que los afectados se reintegren plenamente a la sociedad cuando se recuperen. Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, las personas que han padecido algún trastorno mental más o menos grave se han visto desprovistas de los derechos más elementales, encerradas indefinidamente en instituciones psiquiátricas (manicomios) o incluso quemadas en una hoguera. Sin embargo, aún queda un largo trecho para llegar a la plena aceptación social de la realidad de la enfermedad mental, la reversibilidad de la mayoría de ellas y su escasa relación con la peligrosidad o la criminalidad. En cuanto a la psiquiatría, la ignorancia de las personas es abrumadora. Últimamente parece que empieza a considerarse aceptable haber padecido «depresión». Popularmente, este término es un comodín que sirve para designar cualquier cosa. Aún estamos lejos de poder comentar tranquilamente que padecemos un trastorno bipolar, como quien habla de su diabetes o de su asma bronquial.

La reciente historia del trastorno bipolar viene marcada por la aparición de medicamentos, en especial el litio, y por la unificación de los criterios para el diagnóstico según una clasificación inicialmente denominada *DSM-III*, a la que han seguido el DSM-IV y la CIE-10. Estas siglas tan extrañas designan los sistemas de clasificación vigentes de las enfermedades físicas y mentales. Los DSM son clasificaciones norteame-

ricanas de los trastornos psiquiátricos y las CIE son revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. Básicamente se trata de un tipo de manuales que enumeran los síntomas que debe presentar un paciente para poder afirmar que tiene un trastorno concreto. Su finalidad es unificar criterios e impedir que cada médico haga un diagnóstico distinto. Como veremos, a pesar de sus imperfecciones, se ha demostrado que son útiles para el progreso de la investigación y la comunicación entre especialistas.

La manía

La mayor parte del sol ilumina mi sombrero.

JUAN LARREA

La manía es un cambio del comportamiento derivado de una exaltación de las funciones mentales: el pensamiento se acelera, las emociones se hacen más intensas (tanto la alegría como la tristeza o la ira), disminuye la necesidad de dormir y descansar, aumenta el interés por el sexo y las relaciones sociales, etc. Muchas veces es un sinónimo de euforia, pero no siempre se acompaña de ella. A menudo el síntoma más evidente es la irritabilidad o la contrariedad ante pequeñas frustraciones. El inicio de la fase maníaca es con frecuencia agradable, hasta tal punto que algunos pacientes afirman sentirse «mejor que nunca». De hecho, si un paciente que acaba de pasar una depresión nos dice que se siente mejor que nunca, mejor incluso que antes de caer enfermo, debemos sospechar que empieza a presentar una fase maníaca o, por lo menos, hipomaníaca. Éste es uno de los principales problemas de la manía: la falta de conciencia de enfermedad. El paciente se siente tan bien que no debe sorprendernos que se niegue a ir al médico o que crea que la familia le fastidia innecesariamente. Por ello también muchos pacientes se niegan a tratarse o abandonan el tratamiento en curso, convencidos de que ya no lo necesitan.

En la manía, los rasgos de la personalidad del individuo se acentúan de manera caricaturesca. La exaltación de las emociones puede llevar a enamoramientos apasionados y odios

intensos. La sobrevaloración de las propias capacidades puede llevar a tomar decisiones excesivamente arriesgadas, emprender negocios ruinosos o efectuar compras innecesarias y regalos sin motivo. El afectado se siente capaz de cualquier cosa, aunque para muchas de ellas no está preparado y a menudo termina perdiendo el trabajo o despilfarrando sus ahorros. La manía también puede hacer que personas en general correctas y educadas se comporten de un modo excesivamente familiar, inapropiado o incluso impertinente. También puede llevar a la promiscuidad sexual y a las infidelidades, sin que el interesado tenga conciencia clara de las consecuencias que le puede acarrear tal conducta. La aceleración psicomotora hace que el paciente mantenga una actividad constante, se interese por ejercicios físicos que quizás antes no le habían llamado la atención y planifique tareas y reuniones que le llenen el día y parte de la noche. Si la hiperactividad es excesiva, el paciente puede mostrarse inquieto o incluso agitado. Recordamos a un paciente que, una vez recuperado de una fase maníaca, explicaba que cuando llegó a urgencias estaba tan acelerado que no podía estarse ni un segundo sin moverse o levantarse.

Algunos pacientes confunden algunos síntomas de la manía con los de la depresión. Es cierto que hay síntomas comunes, como pueden el insomnio o a veces la pérdida de peso y la irritabilidad, pero muchas veces la manía se acompaña de labilidad emocional, es decir, de más emotividad y sensibilidad, lo cual puede manifestarse mediante el lloro. Así, llorar o conmoverse no es siempre un síntoma de depresión; también puede ser un síntoma de manía. En la manía también pueden observarse cambios bruscos de humor, lo cual es menos frecuente en la depresión.

En la manía, las ideas van a más velocidad de lo normal. Esto quizás implica más fluidez de pensamiento, pero no necesariamente mejor calidad del mismo. Lo que ocurre es que la euforia puede hacer creer al paciente que sus ideas son realmente brillantes, y la disminución de la autocrítica puede llevarle a exponerlas en público. El entusiasmo de algunos pacientes les ha llevado a convencer a terceros de

la bondad de un negocio, por ejemplo, que visto fríamente no tiene ni pies ni cabeza. El problema de la manía es que toda la laxitud moral que la acompaña se trastoca durante la fase depresiva y entonces el paciente sobrevalora los problemas derivados de sus propias conductas durante la manía. El contenido del pensamiento es, en general, megalomaníaco y grandilocuente. Las ideas de grandeza pueden llegar a ser tan exageradas que se vuelvan delirantes. Una idea es delirante cuando choca contra cualquier lógica racional y puede refutarse con argumentos o pruebas incuestionables. Por ejemplo, algunas personas pueden presentar durante una fase maníaca la convicción de poder sanar con sus propias manos a otros enfermos. A veces, la incomprensión aparente de los demás puede llevar al paciente maníaco a creer que quieren perjudicarle por envidia de sus grandes cualidades, en cuyo caso pueden aparecer delirios de perjuicio o persecución. En casos más extremos, un paciente puede estar convencido de que sus cualidades son sobrehumanas y que quizá procede de otro planeta, y quizás algunas de las personas de su entorno son también seres extraplanetarios que lo vigilan constantemente. La aparición de este tipo de síntomas, en especial los delirios y las alucinaciones, que se denominan *síntomas psicóticos*, dificultan el establecimiento de un diagnóstico diferencial entre el trastorno bipolar y la esquizofrenia. La clave se halla en la presencia de los síntomas afectivos y en la naturaleza cíclica de la enfermedad. Las alucinaciones son más frecuentes en la esquizofrenia, pero también las presentan muchos pacientes bipolares. En éstos, muchas veces tienen un contenido grandioso (p. ej., dicen «soy el mejor» o «el mesías»). Los fenómenos de supuesta telepatía, o que en la televisión o en los periódicos se hable del paciente, también pueden ocurrir en ambas enfermedades. Hay pacientes que presentan delirios con un gran contenido mesiánico, de salvación del mundo o místico, que pueden llegar a hacerles creerse enviados de Dios. Los síntomas psicóticos aparecen en aproximadamente el 70 % de los pacientes bipolares de tipo I. Más adelante explicaremos los subtipos de la enfermedad.

«Era el centro del mundo. Era yo quien lo decidía todo; me sentía muy importante y me enfadaba mucho cuando los de casa me llevaban la contraria. Creía que no me entendían porque yo era demasiado superior. No paraba quieto. Iba todo el santo día arriba y abajo haciendo cualquier cosa con una pasión indescriptible. Me compré una guitarra eléctrica, una de las más caras. Aunque sólo había tocado la guitarra en el colegio durante un año y no lo hacía demasiado bien. Pero ahora, cuando tocaba la guitarra eléctrica era genial; estaba convencido de que a mi lado Eric Clapton era un debutante. Lo más fuerte es que yo sentía realmente que mi música era la más impactante que nadie había hecho nunca. Abandoné la guitarra, ya no tenía nada que aprender, no podía ser mejor. Me dedicaba a hablar con la gente para salvar sus vidas a partir de la dialéctica socrática. También quería hacer una revolución para salvar el mundo; daba dinero a los pobres. Bueno, quizás daba dinero a todo el mundo. Llevaba tres días sin ir por casa y sin dormir. Monté un numerito en las Ramblas. Vinieron los municipales. Tuvieron que ingresarme a la fuerza. Estuve en la clínica durante casi un mes. Los primeros días estaba perfecto. No me daba cuenta de nada y creía que me habían llevado allí para adoctrinar a los internos. Después, la medicación hizo su efecto y ya no fue tan agradable. Ya ha pasado un año; cada vez que veo la guitarra abandonada –no la toco nunca, no tengo ni idea–, recuerdo todo aquello. Quizás la conservaré durante algún tiempo, para no olvidar. Para no bajar la guardia. Después la venderé, tampoco es necesario que me torture constantemente; el psiquiatra me ha dicho que no debo sentirme culpable, que en aquel momento yo no tenía capacidad de decisión, que quien mandaba era la enfermedad, los malditos neurotransmisores. Quizás tiene razón.»

La hipomanía

El día que se sospeche o se compruebe que el valor
no es una consecuencia de una convicción,
sino del estado de nervios, estaremos perdidos.

Pío Baroja

La hipomanía es una manía suave. En la hipomanía no aparecen síntomas psicóticos, y aunque la mayor parte de los que hemos explicado para la manía es válido para la hipomanía, debe ser en un grado que no represente una alteración evidente del comportamiento que pueda implicar, por ejemplo, la hospitalización. La frontera entre hipomanía y manía es, por lo tanto, un poco difusa. ¿Y la frontera entre hipomanía y alegría normal? En general, la alegría tiene una justificación muy clara y dura muy poco. La alegría es una emoción que puede darse en la hipomanía, pero ésta se acompaña de muchos otros síntomas: insomnio o disminución del sueño, discurso acelerado, irritabilidad, etc.

La hipomanía puede ser un estado extremadamente agradable. Si es moderada, puede hacer que el individuo aumente su actividad sin perder su sentido y puede implicar mayor creatividad y capacidad de liderazgo. El problema es que constituye un estado extremo inestable. Muchos pacientes querrían estar permanentemente un poco hipomaníacos. Lamentablemente, la hipomanía tiende de manera acusada a empeorar y a convertirse en manía (en los bipolares de tipo I), o a transformarse de improviso en una fase depresiva (sobre todo en los bipolares de tipo II).

«Y, de pronto, hay un momento en que me doy cuenta de ello: tengo la cabeza como "en ebullición" y sé que todo irá bien. Me dejo llevar por el instinto y todo adquiere un valor extraordinario. Mi calle de siempre me parece una obra de arte.»

«Poco a poco, me sentía mucho mejor; me ponía un vestido corto y los *walkman* y paseaba por la ciudad, hablando con todo el mundo. Notaba que no necesitaba dormir demasiado, con cuatro o cinco horas tenía suficiente. No me parecía nada extraño. He leído que hay gente que no duerme en toda su vida. Todo el mundo era muy simpático conmigo y me sentía capaz de cualquier cosa.»

La depresión

Y aquí estoy yo, brotado entre las ruinas, mordiendo solo
todas las tristezas, como si el llanto fuera una semilla
y yo el único surco de la tierra.

PABLO NERUDA

La depresión consiste en la pérdida de interés por las actividades habituales, la falta de ilusiones y la gran dificultad para hacer cosas que, en otro momento, habrían sido fáciles o rutinarias. En la depresión bipolar hay una gran pérdida de fuerza de voluntad y una gran apatía. A menudo los pensamientos y los actos son más lentos. Es como la cara inversa de la manía: inactividad, tristeza, lentitud, ideas de minusvalía y un gran sufrimiento. El afectado se siente como si hubiera perdido toda su energía, como un motor sin gasolina. Para los que conviven con el paciente, la fase depresiva puede ser muy frustrante, pero a menudo la prefieren a la fase maníaca, en que las alteraciones del comportamiento son más aparatosas. En la fase depresiva el paciente acostumbra a recluirse en la cama o en su habitación, duerme mucho y se abandona físicamente, pero no es tan difícil de controlar como en la fase maníaca. El problema es que detrás de este comportamiento menos conflictivo hay un gran sufrimiento personal, difícil de entender para quien no lo ha vivido directamente. El paciente se siente indolente, inútil, frustrado. Antes de empezar algo ya se le han ocurrido cien razones para no hacerlo. Las pequeñas obligaciones del día a día se convierten en un cúmulo de dificultades. Sólo se le ocurren ideas negativas. A veces parece

que la muerte es la única solución... Afortunadamente, hay soluciones mucho mejores, pero la persona deprimida es incapaz de verlas y es necesario insistir mucho para que confíe en el tratamiento médico. La depresión se acompaña de una distorsión del tiempo muy peculiar: el pasado y el futuro se contaminan de la vivencia depresiva. Un paciente que se hallaba en fase depresiva desde hacía una semana afirmaba convencido: «Esta depresión no sanará nunca, hace años que la arrastro». Curiosamente, cuando se recuperó, decía: «Ahora ya estoy bien. No volverá a ocurrirme nunca más, es imposible». Al cabo de dos años, en una recaída, volvía a defender que siempre había estado deprimido, cuando sabíamosd perfectamente que había estado bien durante dos años. Esta sensación de fatalidad lleva a la desesperación y puede facilitar una de las complicaciones más graves de la depresión: el suicidio. Más adelante hablaremos de este tema tan delicado.

Otros síntomas de la fase depresiva pueden ser la pérdida del apetito (aunque en algunos pacientes es más frecuente su aumento y la correspondiente ganancia de peso), la fatiga, las somatizaciones (dolor en las piernas, cosquilleo en los dedos, mala digestión, dolor de cabeza), las crisis de ansiedad, la pérdida de impulso sexual, el aislamiento social, el malhumor y muchos otros.

En la fase depresiva también pueden observarse síntomas psicóticos. En este caso suelen ser de contenido depresivo: ideas delirantes de culpa, ruina, inutilidad...; convencimiento de padecer cáncer, sensación de ser señalado y rechazado por parte de la gente en la calle, etc. Las alucinaciones son menos frecuentes, pero pueden adoptar la forma de voces que insultan o de visiones del demonio, por ejemplo. Algunos pacientes presentan depresiones catatónicas en las que lo más llamativo es su permanecencia en la inmovilidad y desconexión de la realidad. Sin embargo, estos síntomas sólo aparecen en las depresiones más graves. Son más habituales las fases depresivas leves y moderadas, en especial cuando acompañan la remisión de una fase maníaca.

Un aspecto de la fase depresiva que debe tenerse en cuenta es que a menudo los síntomas son más intensos por la mañana que por la tarde. Esto no es siempre así, pero hay un porcentaje importante de pacientes que se levantan muy mal, sin fuerzas, y que a partir de las seis o las siete de la tarde empiezan a sentirse más activos y animados. Algunos pacientes tienden a alargar las noches, que es cuando se encuentran mejor, y a levantarse cada día más tarde, evitando el peor momento del día. Esto hace que acaben por dormir de día y vivir de noche, que alteren completamente el funcionamiento familiar y hagan más difícil su reintegración social. Además, al levantarse más tarde también retrasan la hora en que empiezan a encontrarse mejor, de modo que ello no supone ninguna solución. La mejora vespertina se explica por razones neurohormonales, que describiremos mejor cuando hablemos de las causas y los mecanismos de la enfermedad.

«Cuando estoy deprimido lo veo todo negro, no tengo ganas de hacer nada. Siento un vacío inexplicable, como si estuviera muerto. Se trata de una tristeza sin motivo, muy superior a lo que crees que la ha provocado. Es una tristeza física, que me duele dentro.»

«La depresión es peor que un cáncer; me añade cincuenta años. Es como si perdiera la mitad de la sangre del cuerpo; no tengo energía para hacer nada y no paro de hacerme preguntas, de cuestionármelo todo, de pensar cosas que, cuando estoy bien, me parecen completamente absurdas.»

«Perdí la ilusión por todo; creía que mi mujer se merecía algo mejor que yo y quería pedirle el divorcio. No quería ser una carga para ella. También creía que no sería capaz de hacer bien mi trabajo, aunque hace doce años que lo hago; quería despedirme voluntariamente; tenía la impresión de que si no me habían echado era por lástima. El médico me dijo que no tomara ninguna decisión importante hasta que estuviera bien, que quizás entonces lo vería diferente. Tenía razón. Suerte que no deje a mi esposa, ni el trabajo… habría sido un gran error! No debe tomarse nunca una decisión cuando se está deprimido. A veces te parece que es en aquel momento

cuando lo ves todo más claro, pero es un error. Cuando estás deprimido, las decisiones las toma la enfermedad.»

«He estado deprimida los últimos cuatro meses; sólo tenía ánimos para sentarme frente al televisor y "hacer como si mirara", porque en realidad no me enteraba de nada de lo que decían. Pasaba las tardes enteras sentada en el sofá, adormilada, mirando programas estúpidos y sintiéndome la persona más desgraciada del mundo porque no tenía fuerzas para hacer nada más. Sólo quería sentarme, sentarme delante de la tele como si fuera un zombi y comer chocolate. Además, me preocupaba muchísimo porque me estaba poniendo como una foca, de tanto comer chocolate. Pero no podía evitarlo. Creía que estaría así el resto de mi vida, que la medicación no podría ayudarme, y empezaba a creer que no valía la pena vivir de aquel modo. Al cabo de veinte días de tomar la medicación, empecé a encontrarme un poco mejor. Además del médico, también iba a una psicóloga y entre las dos diseñamos una estrategia para vencer la apatía que tanto me dominaba. Me di cuenta de que lo más difícil era comenzar, que cuando empezaba a hacer alguna de las tareas que me había pautado la terapeuta todo iba mejor. El ejercicio físico también me ayudaba. Lo que más me costaba era levantarme por la mañana, pero tenía que hacerlo: la psicóloga decía que es básico no dormir más de nueve horas. Ahora ya me he recuperado bastante, pero sigo yendo a la psicóloga y, aunque me cuesta, hago todo lo que me dice. Ahora noto realmente que estoy mejor, que la medicación me ha ayudado mucho y me ha permitido empezar a poner algo de mi parte.»

Las fases mixtas

La alegría es tan sólo una máscara de la tristeza.

RALPH EMERSON

Las fases mixtas consisten en una mezcla de síntomas de manía y depresión. Son difíciles de diagnosticar y causan un gran sufrimiento tanto al paciente como a su familia. El tipo más frecuente se manifiesta con hiperactividad, aceleración del pensamiento y, al mismo tiempo, ideas negativas y pensamientos depresivos. A menudo se acompañan de una gran ansiedad. Algunos pacientes presentan fases mixtas aisladas, pero es más frecuente que las fases mixtas sean la continuación de una fase maníaca o la transición entre una fase maníaca y una depresiva, en especial en los pacientes denominados *cicladores rápidos*, que a menudo pasan de manía a depresión y a la inversa.

«Cuando realmente lo paso peor, peor incluso que durante una depresión, es en las fases mixtas. Estoy muy nervioso, activado, inquieto, como si estuviera maníaco, pero no sé que hacer, dónde ponerme, dónde esconderme. No dejo de pensar tonterías, tengo miedo, miedo de todo, un miedo inespecífico. Se me ocurren ideas negativas, de manera automática, intensamente, a gran velocidad, y aún me angustio más. Me es imposible dormir, pero tampoco soy capaz de llevar a cabo ninguna actividad. Además, sé que estoy insoportable con los de casa; me exalto por nada, grito, discuto por todo... Es una fase muy dura, espero no pasar otra parecida.»

Diagnóstico del trastorno bipolar

Como decíamos al inicio de este libro, cada individuo es un ser único e irrepetible. No hay nadie que sea exactamente igual, física o mentalmente, a otro. Ni tan siquiera los gemelos idénticos son exactamente iguales. Cada ser humano tiene su personalidad y su modo de conducir su vida. Afortunadamente, las enfermedades son mucho menos numerosas que las formas de ser. Enfermedades, y ahora hablamos específicamente de trastornos mentales (desde los más leves como la ansiedad hasta los más graves como la demencia), hay muy pocas. Pero enfermos hay muchos. Esto quiere decir que muchas personas, aunque sean distintas entre sí, comparten los rasgos comunes de la enfermedad. Ésta es la base del diagnóstico en psiquiatría: el diagnóstico clínico. Es decir, el diagnóstico basado en la identificación de una serie de síntomas que, agrupados, constituyen el núcleo central de una enfermedad.

Antiguamente, todas las enfermedades, incluso las físicas, se diagnosticaban de esta manera. Actualmente sigue habiendo muchas, como el sarampión, las paperas, etc., que pueden diagnosticarse sin necesidad de hacer pruebas. Pero el progreso nos ha permitido confirmar el diagnóstico clínico mediante una serie de exploraciones, como los análisis, las radiografías, las endoscopias, etc., que nos dan seguridad a la hora de establecer un pronóstico y un tratamiento, lo cual en el fondo constituye el único objetivo que tiene establecer un diagnóstico.

El diagnóstico no debe ser una etiqueta o una tara. El diagnóstico es la garantía que nos da la ciencia médica de que

aquello que nos hace sufrir es muy conocido y, por la experiencia acumulada con los miles de hombres y mujeres que lo han padecido y en quienes se ha estudiado, puede tratarse de un modo concreto. En psiquiatría, por ahora, no hay pruebas o exploraciones que permitan comprobar el diagnóstico clínico. Esto es así porque muchas enfermedades psíquicas se deben a sustancias internas del cerebro, el cual ni puede pincharse ni ser sometido a una biopsia por razones obvias. Por lo tanto, en psiquiatría el diagnóstico depende de los síntomas que el paciente y sus familiares explican al médico y de lo que éste observa con sus conocimientos y habilidades específicas.

Para diagnosticar un trastorno bipolar es necesario identificar períodos de tiempo en los que el paciente se haya mostrado claramente eufórico, acelerado o irritable. Los psiquiatras utilizamos listados de «criterios diagnósticos», que tal como se ha dicho se denominan *DSM* (ahora vamos por el DSM-IV) o *CIE* (ahora vamos por la CIE-10), que sirven para saber si los síntomas de un paciente corresponden a uno u otro trastorno. Si la euforia ha sido lo bastante intensa y ha durado lo suficiente como para considerarla una fase de manía, ya podemos establecer el diagnóstico de trastorno bipolar, incluso sin fases depresivas, ya que se da por sentado que un día u otro se producirá dicha fase. Por el contrario, ante una depresión (tristeza, apatía, falta de ilusión, etc.) no hablaremos de trastorno bipolar hasta que comprobemos que se ha producido una fase maníaca en el pasado o que se producirá en el futuro. Así pues, si no hay fases de euforia, no hay trastorno bipolar (se habla de *depresión unipolar*).

Si diagnosticamos un trastorno bipolar, es necesario conocer la intensidad de los síntomas para saber de qué subtipo se trata. El subtipo I se caracteriza por manía y depresión, o bien por manía sola. La manía es una euforia tan intensa que casi siempre implica ingreso hospitalario y/o aparición de delirios y alucinaciones. El tipo II se caracteriza por hipomanía (manía suave) y depresión. La hipomanía, como ya sabe el lector, es una alegría exagerada que se acompaña de indiscreciones,

exceso de generosidad, exceso de confianza en uno mismo e implicación inadecuada en nuevos planes y proyectos, sin llegar a los extremos de la manía. El tercer subtipo de trastorno bipolar es la ciclotimia, que consiste en cambios de humor frecuentes e inexplicables, emotividad e inestabilidad, sin llegar al extremo de la manía o la depresión. La mayoría de los ciclotímicos no tienen ni idea de que lo son, no van al médico, pero su vida se halla enormemente condicionada por los cambios en su estado de ánimo.

Cuando diagnosticamos a un paciente con síntomas de trastorno bipolar, los psiquiatras nos planteamos diferenciar el cuadro de dos enfermedades que pueden confundirse: una es la depresión «a secas» (unipolar); muchos pacientes se quejan de las depresiones, pero no de las euforias, y esto puede contribuir a no advertir su presencia y que el paciente es bipolar. La otra enfermedad con la que puede confundirse es la esquizofrenia; de hecho, hay pacientes a los que es tan difícil distinguir que se denominan *esquizoafectivos*, porque se hallan a medio camino entre la esquizofrenia y el trastorno bipolar. En ambas enfermedades pueden aparecer delirios (ideas irreales, sensación de ser espiado o seguido, coincidencias sospechosas o mensajes indirectos) y alucinaciones (voces, olores extraños, visiones), de modo que es extraordinariamente difícil saber si se trata de una o de la otra cuando el paciente está más enfermo. Por lo general se requiere tiempo, observación y seguimiento para esclarecer el diagnóstico. Antiguamente se tendía a diagnosticar preferentemente esquizofrenia, razón por la que algunos pacientes bipolares han recibido inicialmente este diagnóstico. No se trata forzosamente de un error, sino de un cambio en el modo de diagnosticar de la psiquiatría, a partir de estudios que han demostrado que los bipolares también pueden presentar síntomas psicóticos.

Para finalizar, sólo mencionaremos una forma especial de la enfermedad que puede aplicarse a los tres tipos (I, II y ciclotimia) mencionados con anterioridad y que se denomina *ciclación rápida* (pacientes que alternan en cuestión de días, u horas, varias fases de manía y depresión). Estos casos son

muy difíciles, pero se ha demostrado que a la larga mejoran y se estabilizan. Para ser ciclador rápido, un paciente debe presentar por lo menos cuatro episodios en un año (p. ej., dos fases maníacas y dos depresivas). Otra forma especial es el «patrón estacional» (pacientes que siempre recaen en la misma época del año).

Sólo queremos recordaros que todas las personas somos falibles, también los médicos. La única vía de la que disponemos para hacer un buen diagnóstico es la información que nos proporcionan los pacientes y sus familiares. Entre todos debemos procurar mejorar siempre nuestra capacidad de diagnóstico para poder establecer el pronóstico y encontrar el tratamiento más apropiado para cada caso.

«El problema era que, en realidad, yo no aceptaba la enfermedad. No podía soportar la idea de que mi carácter no era sólo original, sino que tenía una enfermedad con mayúsculas. Me asediaba la palabra *locura*, con todas sus connotaciones. Me lo repetía constantemente y esta idea me torturaba. Supongo que me enganché enseguida al tratamiento alternativo porque me dijeron precisamente lo que quería oír: que no padecía ninguna enfermedad, que sólo pasaba por un mal momento en mi proceso de expansión personal. "No sabes centrar la energía", me dijo un señor con barba que afirmaba haber estudiado en Asia. Así que empecé a seguir su tratamiento de reorganización de mi fuerza interior; llevaba siempre colgada al cuello una bolsita de tela con hierbas, y cada semana visitaba a aquel señor de la barba que me ponía las manos en la espalda y repetía frases ininteligibles. Todo ello me costaba una fortuna y seguía encontrándome mal. Si hubiera empezado antes el tratamiento médico me hubiera ahorrado mucho sufrimiento y dinero. Ahora lo veo claro: yo sólo tengo una pequeña anomalía en una parte del cerebro, del mismo modo que hay personas que tienen problemas de corazón o de hígado, o con el azúcar, que de vez en cuando me causa depresiones y euforias, pero en los restantes aspectos, una vez estabilizado por la medicación, soy una persona normal, no estoy loco. No sé si puedo decir lo mismo de aquel señor de la barba.»

Las causas de esta enfermedad

No hay un solo hombre tan dulcemente sencillo que su naturaleza pueda explicarse como la suma de sólo dos o tres elementos principales.

HERMANN HESSE

La enfermedad bipolar consiste en un mal funcionamiento de los mecanismos bioquímicos que regulan el estado de ánimo. Estos mecanismos se localizan en una zona del cerebro, denominada *sistema límbico*, que se encuentra en la zona central del encéfalo, como puede verse en la figura 1. Gracias a la experimentación con animales, actualmente sabemos que en el sistema límbico hay grupos de neuronas (que son las célu-

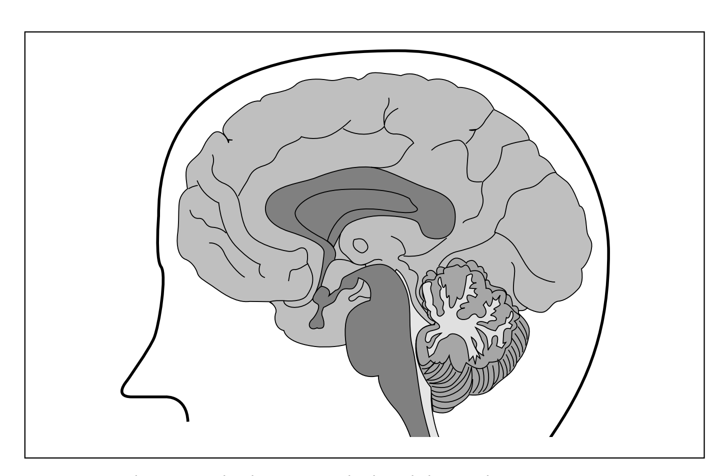


Figura 1. *El sistema límbico, regulador del estado anímico.*

las del cerebro) encargadas de modular nuestra agresividad, el hambre, el instinto sexual, el sueño y muchas otras funciones primarias para la supervivencia, entre las cuales se halla el tono vital. Éste es la energía que nos permite enfrentarnos a la vida diaria. En condiciones naturales, nos daría la fuerza para cazar, defender nuestro territorio y cuidar de nuestros hijos. En el mundo moderno, nos permite levantarnos, ir al trabajo o a clase y disfrutar del tiempo de ocio con la familia o los amigos, entre otras cosas.

El funcionamiento del sistema límbico es complejo, pero se basa en dos factores: su propia constitución, determinada por factores genéticos, y la influencia de factores ambientales. Las personas que tienen un sistema límbico más vulnerable por constitución genética (de nacimiento) pueden presentar la enfermedad si se dan las condiciones ambientales que la precipitan.

FACTORES GENÉTICOS

Desde el punto de vista científico, actualmente no hay ninguna duda de que la causa primaria del trastorno bipolar es de tipo genético. Sin embargo, las causas genéticas no lo explican todo.

La primera prueba de que la enfermedad tiene cierta tendencia a transmitirse de padres a hijos se halla en la elevada frecuencia de antecedentes familiares de la enfermedad en nuestros pacientes. Los estudios demuestran que los familiares de un paciente bipolar presentan un riesgo diez veces mayor de sufrir la enfermedad que una persona sin ningún familiar afectado. Esto también podría explicarse por la influencia ambiental del entorno en el paciente (p. ej., el hijo de una mujer con la enfermedad podría «imitar» o aprender a comportarse como la madre). En realidad no es así. Los estudios en gemelos y en niños adoptados han demostrado que el factor más importante es el genético. Los estudios en gemelos comparan la incidencia del trastorno bipolar en pacientes con hermanos gemelos. Se ha comprobado que si el gemelo

es idéntico (es decir, se trata de un gemelo monocigótico y, por tanto, comparte el mismo código genético con su hermano), la probabilidad de que desarrolle un trastorno bipolar es del 60 %; por el contrario, si el gemelo es bicigótico (gemelos distintos, que simplemente han nacido el mismo día), esta probabilidad es de un 25 %, la misma que la del hermano no gemelo. Los estudios de adopción estudian la incidencia del trastorno bipolar en los padres de niños adoptados que padecen la enfermedad. Estos estudios han demostrado que la enfermedad es mucho más frecuente en los padres biológicos que en los adoptivos, lo cual demuestra que los factores genéticos son mucho más importantes que los educativos.

Últimamente se ha avanzado mucho en genética molecular, aunque lamentablemente todavía no se conoce la localización de los genes responsables del riesgo de padecer la enfermedad. Se ha descartado que se trate de un único gen. Parece que el modelo más aproximado es el que explica la diabetes, el cáncer de mama y muchas otras enfermedades: un conjunto de genes, presentes en gran parte de la población que, combinados de un cierto modo y bajo la influencia de algunos factores ambientales específicos, desencadenarían el trastorno. Es probable que en los próximos años se descubran aspectos fundamentales de la transmisión hereditaria de la enfermedad que puedan ser útiles para su prevención.

Ya hemos visto que en la aparición de esta enfermedad la herencia desempeña un papel fundamental. ¿Significa esto que los hijos de un afectado presentarán forzosamente la enfermedad? ¿Que para un bipolar es desaconsejable tener hijos? No. Los factores genéticos sólo comportan un riesgo, no la enfermedad en sí. Evidentemente, el riesgo aumenta en función del número de hijos. En principio, es más probable que un hijo no herede la enfermedad que no que la herede. Aunque depende de muchos otros factores, puede calcularse en un 15 % la probabilidad de transmitir la enfermedad a los hijos. Lo que ocurre es que esta cifra depende mucho de si hay más familiares afectados, de la gravedad de la enfermedad del progenitor, del momento de su presentación, etc. Muchas veces puede heredarse cierto grado de la enferme-

dad, no necesariamente la forma completa: por ejemplo, uno de los hijos de un afectado puede padecer depresión unipolar, o ser un poco ciclotímico, sin que ello condicione gravemente su vida.

Algunos pacientes aseguran que no tienen antecedentes familiares de depresión. Es posible. A veces, por el hecho de que se hereda un riesgo, la enfermedad puede saltarse algunas generaciones y proceder de un antepasado desconocido. En algunos casos, la muerte prematura de una persona puede ocultar la enfermedad, que aún no se había manifestado, y, por lo tanto, sus descendientes aún lo ignoran. En otros casos, ciertamente minoritarios, la enfermedad se debe exclusivamente a factores ambientales, en general de tipo orgánico: por ejemplo, algunas lesiones o tumores cerebrales localizados en zonas cercanas al sistema límbico pueden imitar perfectamente la enfermedad. Algunas enfermedades hormonales también pueden producir los mismos síntomas. Tanto en un caso como en el otro, la presencia de síntomas específicos de la enfermedad de base orientan el diagnóstico, de manera que es difícil confundirlo con el trastorno bipolar puro.

FACTORES AMBIENTALES

Ya hemos dicho que la causa del trastorno bipolar siempre es orgánica, pero no así sus desencadenantes. En efecto, los factores externos pueden actuar como la chispa que enciende el combustible, que es el conjunto de factores genéticos. Los factores ambientales pueden ser de tipo biológico (p. ej., un traumatismo craneal grave), de tipo psicológico (p. ej., un cambio de responsabilidad en el trabajo), de tipo social (p. ej., trasladarse a vivir a otro país con otra cultura). Esta clasificación es relativa porque en la práctica las circunstancias sociales, psicológicas y biológicas convergen hacia cambios bioquímicos en el cerebro. Por ejemplo, cualquier persona, bipolar o no, que se encuentre en una situación estresante (como un traslado o la muerte de un familiar) produce una serie de sustancias que le ayudan a mantener la entereza, la fuerza física

y mental para adaptarse a la nueva situación. Estas sustancias, que circulan entre las neuronas y se denominan *neurotransmisores*, permiten al organismo sacar fuerzas de reserva para superar situaciones puntuales. Quizás habéis oído hablar de ellas: son la serotonina, la noradrenalina, la dopamina y otras. Estas mismas sustancias se encargan de muchas otras funciones del sistema límbico, como regular el sueño, el hambre, los impulsos, etc. Normalmente, cuando el organismo produce más cantidad de esas sustancias en situaciones críticas, el individuo es capaz de adaptarse y volver poco a poco a la normalidad. Las personas que padecen un trastorno bipolar son más vulnerables a los cambios biológicos que comporta el estrés. Esto quiere decir que la cascada de neurotransmisores no se detiene y el organismo entra progresivamente en un estado de agotamiento, durante el cual se desencadenan reacciones hormonales que constituyen la segunda batería contra las situaciones de estrés y adaptación. Estos mecanismos son muy complejos y es difícil explicarlos sin simplificarlos demasiado. Parece que la sobreproducción de neurotransmisores estimula la secreción de una sustancia denominada *CRF*, que es la que pone en marcha la respuesta hormonal al estrés y estimula la producción de corticotropina y cortisol. Se ha comprobado que en las fases depresivas la producción de CRF, corticotropina y cortisol es mucho más alta de lo normal. Las fases maníacas son más difíciles de estudiar (ya podéis imaginaros que la colaboración de una persona durante una fase maníaca es mucho más limitada, y la investigación siempre exige la colaboración voluntaria del paciente). De todos modos, los escasos estudios disponibles indican que en la fase maníaca se produciría un descontrol de la producción de neurotransmisores, como un grifo que de golpe no puede cerrarse, y esto también causaría ciertos cambios hormonales.

Pero antes de explicar de un modo más específico el funcionamiento de los mecanismos que regulan el estado de ánimo, que son precisamente los que están alterados por predisposición genética en el trastorno bipolar, es conveniente detenerse en los factores psicológicos y sociales como desencade-

nantes de la enfermedad. ¿Siempre se producen recaídas como consecuencia de estos factores? ¿Quiere esto decir que el individuo bipolar es débil y no puede afrontar los problemas de la vida? En realidad, la influencia de estos factores varía mucho en cada caso concreto; muchos pacientes cuentan que han pasado situaciones tremendamente difíciles y no han recaído, y en cambio otras veces han recaído por un pequeño contratiempo. La explicación se encuentra en el hecho de que hay épocas en que el organismo es más propenso a las recaídas. Éstas son:

- Si se abandona el tratamiento.
- Si se consumen drogas, incluido el alcohol.
- Si recientemente se ha tenido una recaída.
- Durante los cambios estacionales.
- Durante los cambios de medicación.
- Si se lleva a cabo un régimen o una dieta muy estricta.
- Si por algún motivo se pasan diversas noches sin dormir.

Todos estos factores inducen cambios en el organismo sobre las sustancias que regulan el tono vital y pueden precipitar una recaída o volver al sujeto más vulnerable ante una situación ambiental desfavorable.

Al igual que los factores psicosociales pueden influir negativamente, también pueden hacerlo positivamente. Por ejemplo, unas buenas relaciones familiares, una situación económica favorable o un buen apoyo social (de amigos o asociaciones) influyen de manera positiva en el curso del trastorno, siempre que se controlen los factores biológicos que hemos mencionado y se respete correctamente la medicación.

Mecanismos que regulan el estado de ánimo

Nadie es tan grande que pueda avergonzarse de estar sometido a aquellas leyes que rigen con idéntico rigor tanto la actividad normal como la patológica.

SIGMUND FREUD

El estado de ánimo es el motor que impulsa al organismo a lograr objetivos, distintos a los de la simple satisfacción de las necesidades básicas. Para un buen funcionamiento psíquico y físico, es imprescindible la integridad de los mecanismos que lo regulan, que son los que nos permiten no desfallecer ante las dificultades, afrontar los problemas del día a día y mantener la ilusión en el futuro. Cuando los problemas sobrepasan la capacidad de adaptación de una persona, estos mecanismos no consiguen por sí solos restablecer el equilibrio anímico y puede sobrevenir una depresión. Por lo general estas depresiones se denominan *depresiones reactivas* o *exógenas* porque aparentemente se producen como consecuencia de uno o más acontecimientos desfavorables para el sujeto. Sin embargo, hay otro tipo de alteraciones del estado de ánimo, como el trastorno bipolar, en las que son los mecanismos reguladores los que funcionan de manera incorrecta, de tal modo que la persona afectada puede presentar depresión sin necesidad de que exista un precipitante evidente. Puesto que casi siempre hay problemas con los que justificar que una depresión es reactiva, muchas veces pasa desapercibida la raíz auténtica del trastorno, que se halla en un mal funcionamiento de dichos mecanismos biológicos.

TABLA 1. **Sustancias del organismo que intervienen en la regulación del estado de ánimo**

Neurotransmisores	Serotonina Noradrenalina Dopamina Acetilcolina GABA
Hormonas	Hormonas hipotalámicas Hormonas hipofisarias Hormonas tiroideas Hormonas suprarrenales Hormonas sexuales
Neuromoduladores	
Segundos mensajeros	
Iones	

En la regulación del tono vital participan factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales, meteorológicos y farmacológicos. Entre los biológicos destacan los neurotransmisores y las hormonas. Otras sustancias importantes son los neuromoduladores y los iones. Todas ellas se exponen en la tabla 1. En conjunto, como explicábamos anteriormente, estas sustancias se comportan como un termostato: cuando el estado de ánimo decae por algún motivo, se producen diversas sustancias para impedir que se alcancen niveles demasiado bajos, que podrían poner en peligro la supervivencia del sujeto; cuando el ánimo se eleva, se producen otras que evitan un exceso de euforia que también podría acarrear problemas, como ignorar el riesgo y sobrevalorar las propias fuerzas. Por este motivo, la sensación de alegría tras un acontecimiento positivo suele durar poco, aunque a continuación no ocurra nada negativo. Cuando este «animostato» pierde precisión, cualquier situación estresante puede terminar provocando una alteración importante del estado de ánimo. Las depresiones que aparecen después de un parto, por ejemplo, son fruto de la combinación del descenso súbito de la concentración de ciertas hormonas en la sangre (estrógenos), que actúan indirectamente sobre la dopamina, un neurotransmisor que forma parte de este «animostato», junto con las dificultades psicológicas de adaptación a una situación nueva, especial-

mente cuando se trata del primer hijo (inseguridad), pero también en otros casos (cargas familiares y económicas).

En el trastorno bipolar, los afectados presentan, por razones genéticas, un funcionamiento imperfecto de este termostato del estado de ánimo. A pesar de que muchos de ellos han vivido muchos años sin presentar ninguna alteración, llega un momento en que, por circunstancias ambientales estresantes o bien por cambios hormonales (como durante la pubertad o la menopausia), la enfermedad se manifiesta abiertamente. Muchos pacientes refieren, sin embargo, haber apreciado, ya desde muy pequeños, oscilaciones afectivas menores a las que entonces no habían dado importancia.

Las alteraciones biológicas que pueden detectarse en una persona durante una fase maníaca, depresiva o mixta no se diferencian demasiado de las que se producen en cualquier sujeto en una situación de estrés (p. ej., estudiantes durante un examen), excepto por su intensidad y duración. Biológicamente, la manía se parece al efecto de ciertos estimulantes, como las anfetaminas y la cocaína (es como si el organismo del paciente fabricara su propia anfetamina). La fase depresiva tiene algunos factores en común con la enfermedad de Parkinson, por ejemplo, aunque no se acompaña de alteraciones motores (temblor y rigidez). Precisamente por eso, algunos de los medicamentos que reducen la euforia causan síntomas parecidos al Parkinson. La manía y la depresión son, biológicamente, respuestas desproporcionadas al estrés, tanto en intensidad como en duración. Lamentablemente, las alteraciones biológicas acompañantes acaban por modificar el modo de pensar y de sentir del afectado, *distorsionando* su visión de la realidad. En este sentido, tanto la manía como la depresión reducen o anulan la libertad del individuo, ya que sus pensamientos están dirigidos por las emociones alteradas de su estado. A pesar de que el paciente tiende a creer que los pensamientos preceden a las emociones (es decir, que está eufórico porque él es fantástico), es exactamente al revés (se siente eufórico y deduce que él es fantástico). Éste es el motivo por el cual muchos pacientes presentan síntomas e ideas parecidos durante las descompensaciones.

¿Cuánta gente padece trastorno bipolar?

Nunca estuve tan solo
como cuando estaba conmigo mismo.

EDWARD GIBBON

Ésta es una enfermedad mucho más frecuente que otras más conocidas, tanto físicas (como la esclerosis múltiple o el SIDA) como psíquicas (como la anorexia nerviosa o la esquizofrenia), especialmente si se incluyen las formas leves y moderadas, como el trastorno bipolar II y la ciclotimia. Se han realizado estudios en gran parte del mundo y se ha descubierto que la enfermedad existe en todas partes, sin grandes diferencias cuantitativas. Estos estudios son difíciles de llevar a cabo en países pobres porque los medios disponibles y el modo de expresarse de la enfermedad en determinadas culturas es muy distinto. Por ejemplo, en algunas culturas indígenas de América del Sur, oír voces dentro de la cabeza se considera perfectamente normal. A pesar de las dificultades que representa intentar extrapolar la expresión occidental de la enfermedad a otros contextos, se ha comprobado que algunos síntomas se presentan en casi todos los casos. Los principales son: hiperactividad, irritabilidad y locuacidad en la fase maníaca, y apatía y trastornos del sueño en la depresiva (v. tabla 2).

Aparte de los que aparecen en la tabla, hay muchos otros síntomas, como la hipersomnia (aumento del sueño), la hiperfagia (aumento del hambre), la ansiedad, las ideas obsesivas, etc., que son frecuentes en la mayoría de los pacientes.

TABLA 2. **Síntomas del trastorno bipolar y frecuencia**

		Frecuencia (%)
Fase depresiva	Desánimo	100
	Pérdida del apetito	97
	Baja autoestima	91
	Falta de concentración	91
	Ideas suicidas	82
	Inhibición psicomotora	82
	Insomnio	80
	Fatiga	75
	Inquietud	75
	Molestias físicas	66
	Ideas delirantes	30
	Alucinaciones	15
Fase maníaca	Irritabilidad	100
	Hiperactividad	100
	Locuacidad	100
	Ideas de grandeza	100
	Euforia	90
	Disminución del sueño	90
	Aumento del impulso sexual	80
	Aceleración del pensamiento	75
	Ideas delirantes	65
	Alucinaciones	40

Los primeros estudios epidemiológicos sólo detectaban las formas graves de la enfermedad, y era muy frecuente decir que alrededor del 1 % de la población sufría un trastorno bipolar. Actualmente se ha comprobado que existe un mayor abanico de grados de su intensidad y que su frecuencia es muy superior. Según estadísticas norteamericanas, en Estados Unidos afecta a cerca del 4 % de la población. Los estudios europeos que consideraban formas leves de la enfermedad han llegado a hablar del 6,5 %. En general, se acepta el término medio de 2 % para el trastorno bipolar I, entre el 1 y el 2 % para el trastorno bipolar II y hasta un 12 % para la ciclotimia. En España, aunque no se dispone de estadísticas tan fiables, podría afectar a un porcentaje similar, sobre todo si se tiene en cuenta que la incidencia de este trastorno es muy parecida, a pesar de las diferencias en cuanto a expresión clínica en los distintos puntos del planeta, independientemente de etnias, culturas y climas.

Por lo tanto, estamos hablando de más de un millón de españoles que sufren las consecuencias de una enfermedad casi desconocida popularmente y para la cual los recursos sanitarios específicos, y en especial la investigación, son prácticamente inexistentes en nuestro país. Queda mucho por hacer para concienciar a la opinión pública y a las autoridades para que destinen más recursos a este trastorno y lo libren del estigma social que aún tienen las enfermedades que afectan al cerebro en forma de trastornos del comportamiento.

El trastorno bipolar I y la ciclotimia son igual de frecuentes en hombres y mujeres, mientras que el tipo II lo es mucho más en mujeres. El primer episodio de la enfermedad es más a menudo maníaco en los hombres y depresivo en las mujeres. La enfermedad acostumbra a manifestarse en la adolescencia y el primer episodio claro suele producirse entre los veinte y los veinticinco años. Es frecuente que los pacientes hayan estado ingresados en un hospital al menos una vez entre los veinte y los treinta años, sobre todo en el caso de los bipolares I. Los episodios mixtos son más frecuentes durante la adolescencia y en situaciones de cambio hormonal, como después de un parto. De todos modos, la edad de inicio de la enfermedad puede variar mucho: hay niños de cuatro años que ya presentan síntomas del trastorno, y también se han dado casos de inicio a los ochenta. Cuando la enfermedad aparece en una persona mayor sin antecedentes previos, es importante asegurarse de que no existe una enfermedad orgánica que haya desencadenado el trastorno.

Trastorno bipolar de tipo I

Los trastornos bipolares se clasifican dentro del apartado de enfermedades del estado de ánimo, junto con otras patologías, como la depresión unipolar (que se denomina *unipolar* precisamente para diferenciarla de la bipolar). Dentro de los trastornos bipolares existen, tal como se ha mencionado hasta ahora, una serie de subtipos. Según la intensidad de los síntomas, existen tres: el tipo I, el tipo II y la ciclotimia.

El tipo I es la forma clásica, que se caracteriza por fases de manía, que generalmente requieren hospitalización, y depresiones intensas; es relativamente frecuente (70 % de los casos) que aparezcan delirios (interpretar coincidencias como si tuvieran relación con uno mismo, creerse superdotado o un mesías, o bien, en la depresión, creerse culpable de todo e indigno de seguir viviendo). También pueden observarse alucinaciones. Cuando el paciente recupera la normalidad, le parece increíble haber llegado a pensar aquellas cosas. Suele iniciarse en la juventud, más a menudo en forma de episodio maníaco en los hombres y depresivo en las mujeres. Muchas veces el primer episodio no es identificado por el enfermo ni la familia, que a menudo lo atribuye al consumo de alcohol o drogas, en el caso de la manía, o a problemas ambientales si se trata de una depresión. Es cierto que el consumo de drogas o alcohol o la exposición continua al estrés pueden desencadenar el inicio de la enfermedad, pero en ningún caso son la causa de ésta. Es frecuente que después del primer episodio pase mucho tiempo sin que aparezca otro. En muchos pacientes la enfermedad no se diagnostica a la primera y sólo al cabo de unos años, cuando recaen, se entiende que aquello

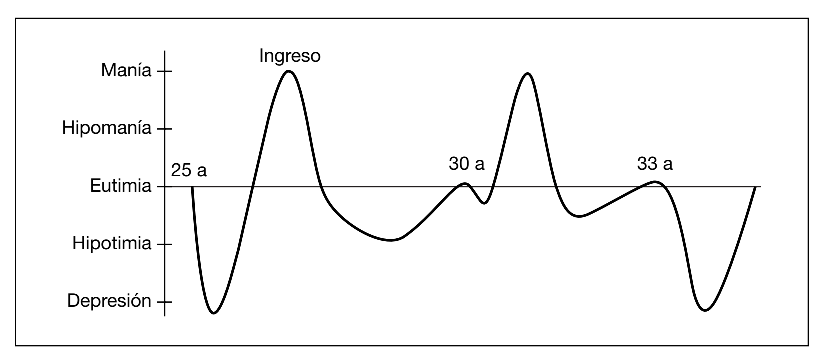


Figura 2

que no parecía importante era la primera manifestación de una enfermedad cíclica.

En general, los pacientes del tipo I presentan cierta simetría entre las recaídas maníacas y las depresiones. A menudo, después de una fase maníaca (p. ej., como caso más habitual, tras abandonar el tratamiento en contra del criterio del médico), se pasa de inmediato a una fase depresiva de intensidad proporcional a la de la manía. Por eso es tan importante cortar de raíz cualquier indicio de manía, antes de que se pierda de vista la realidad y se pague muy caro, tanto por la manía como por la depresión que suele producirse después. La figura 2 muestra gráficamente un ejemplo de trastorno bipolar I.

Trastorno bipolar de tipo II

El trastorno bipolar de tipo II se caracteriza por depresiones, que pueden ser tan intensas o más que en el tipo I, y fases de euforia moderada que no requieren ingreso hospitalario y que se denominan *hipomanía*. Ya hemos explicado antes que la hipomanía consiste en una hiperactividad, irritabilidad, grandilocuencia y energía totalmente exageradas o impropias de aquella persona en su estado habitual, pero que por su gravedad moderada no requiere hospitalización ni es identificada de modo inmediato por terceros como un estado anormal de la mente. La hipomanía puede darse tanto en el tipo I como en el II. La manía, en cambio, únicamente se da en el tipo I. Sólo el 10 % de los bipolares II pasan a ser bipolares I a lo largo de su vida (es decir, presentan un episodio de manía). Los síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones) son mucho menos frecuentes en los bipolares II que en los I, entre otras cosas porque la hipomanía, por definición, no puede acompañarse de síntomas psicóticos (si es así se habla de *manía*). Si los bipolares II presentan síntomas psicóticos –lo que ocurre en uno de cada tres casos–, es siempre en una fase depresiva.

El trastorno bipolar II sería, aparentemente, menos grave que el I, al menos en lo que respecta a la intensidad de los síntomas. Sin embargo, los estudios demuestran que los bipolares II tienden a presentar más recaídas que los bipolares I, y pasan más tiempo que éstos en fase depresiva. Así, aunque se trata de una forma socialmente menos invalidante y menos estigmatizada, implica más altibajos y más sufrimiento de tipo depresivo. A muchos bipolares II no se les ha diagnosticado nunca esta enfermedad, principalmente porque suelen

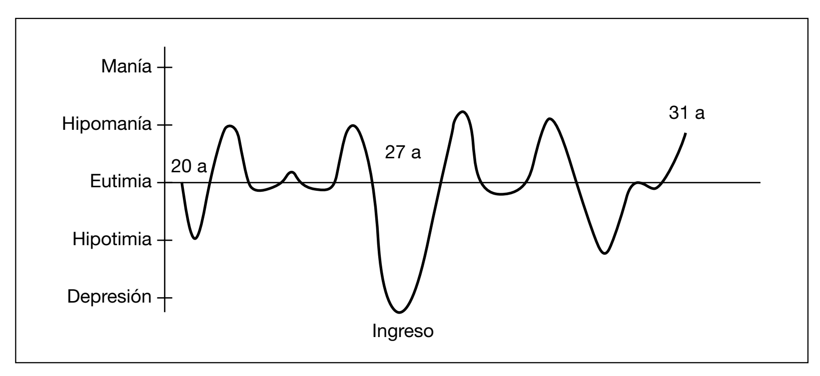


Figura 3

ir al médico durante la fase depresiva y no durante la fase hipomaníaca, y el médico los considera depresivos. En este caso, el tratamiento prescrito suele consistir en antidepresivos que, si no se acompañan de un regulador del humor como el litio, la carbamazepina o el ácido valproico, pueden favorecer la hipomanía y acentuar la tendencia a presentar ciclos. En los últimos años, el uso de antidepresivos en los pacientes bipolares ha cambiado mucho, tal como comentaremos cuando hablemos del tratamiento, porque un mal uso de los mismos puede ser contraproducente. Ésta podría ser una de las razones que explicaría por qué las estadísticas indican que los bipolares II presentan más episodios: la tendencia a acelerar los ciclos de algunos antidepresivos. La figura 3 muestra gráficamente un ejemplo de trastorno bipolar II.

Ciclotimia

Las emociones son las señoras; el intelecto, el servidor.

Herbert Spencer

La ciclotimia consiste en la sucesión de hipomanías y fases depresivas leves o moderadas; es frecuente que quien la padece no haya pedido nunca atención psiquiátrica, en parte porque no es consciente del trastorno, y en parte porque ignora que, aunque leve, en realidad se trata de una enfermedad crónica que puede condicionar mucho las decisiones de su vida y puede mejorar con tratamiento. El ciclotímico suele ser visto por los demás como inestable, imprevisible o «lunático» (en referencia a las fases de la luna, que en el saber popular se relacionan con las oscilaciones anímicas). Seguramente conoceréis algunas personas así. Su inestabilidad es tan habitual que acaba confundiéndose con su carácter (y quizá diremos que tienen un carácter difícil, o que nunca se sabe con qué pie se levantan de la cama). Muchos pacientes bipolares I y II son también ciclotímicos, es decir, aparte de los episodios «importantes» de la enfermedad, también presentan frecuentes oscilaciones leves. La ciclotimia, como todas las formas de trastorno bipolar, predispone a una vida turbulenta y a dificultades de interacción social. Algunos pacientes se refugian en las drogas (sobre todo el alcohol), el juego o el aislamiento social, a causa de sus dificultades para controlar las propias emociones. Algunos han buscado en las terapias psicológicas, los libros de autoayuda, las técnicas orientales o las terapias alternativas un modo de aliviar su sufrimiento,

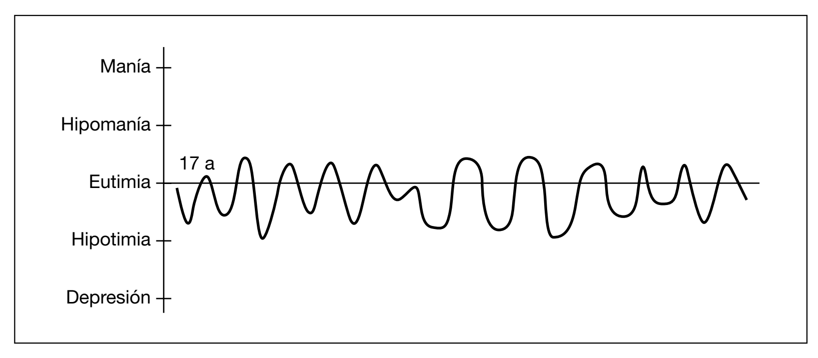


Figura 4

pero la mayoría de pacientes ignora que este sufrimiento tiene una base química. La figura 4 muestra gráficamente un ejemplo de ciclotimia.

Trastorno esquizoafectivo bipolar

Los trastornos esqizoafectivos están emparentados con los trastornos bipolares. Éstos pueden ser de dos tipos: el trastorno esquizoafectivo bipolar y el unipolar. Este último es una especie de mezcla entre esquizofrenia y depresión, sin ningún tipo de fases maníacas o hipomaníacas, y se aleja bastante del concepto de trastorno bipolar (actualmente se considera una forma de esquizofrenia). El trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar, en cambio, puede considerarse prácticamente un subtipo de trastorno bipolar en el que los síntomas psicóticos tienen una gran preponderancia: se trata de pacientes que antes de ponerse eufóricos o depresivos ya manifiestan ideas delirantes, interpretaciones erróneas y, a veces, alucinaciones. A menudo presentan síntomas psicóticos complejos, como creer que algunas persona han sido sustituidas por otras, u oír voces que hablan entre sí. Estos síntomas se acompañan siempre de algún grado de euforia o bien de depresión, y suelen desaparecer con un tratamiento antipsicótico. Para estos pacientes no es suficiente la toma de litio o de algún otro regulador del estado de ánimo, deben tomar medicación antipsicótica de mantenimiento. El trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar tiene mejor pronóstico que la esquizofrenia, pero, en la mayoría de los casos, algo peor que el trastorno bipolar puro.

¿Hacia dónde va la enfermedad?

Generalmente, aunque hay excepciones, el trastorno bipolar se desarrolla de manera imperceptible durante la adolescencia, etapa ya de por sí proclive a la inestabilidad emocional, y llega a su manifestación máxima en la edad adulta, en forma de una fase depresiva o maníaca. Muchas veces, el primer episodio va precedido por una situación ambiental estresante. Sin embargo, a partir de aquel momento la enfermedad va independizándose de las circunstancias ambientales y psicológicas, de modo que parece que los mecanismos biológicos reguladores del estado de ánimo experimentan una oscilación permanente que lleva a la persona a perder el punto de referencia de su estado anímico habitual. Cada recaída vuelve al individuo más vulnerable al estrés, de manera que algunos pacientes pueden llegar a presentar lo que se denomina *ciclación rápida*, que es la sucesión ininterrumpida de depresión y euforia (por convención, se incluyen en este subgrupo los individuos que presentan cuatro o más episodios al año). El trastorno bipolar es sólo ligeramente más frecuente en la mujer que en el hombre, pero la ciclación rápida se produce con mucha más frecuencia en mujeres (cuatro mujeres por cada hombre). La ciclación rápida puede producirse por diversos motivos: parece que la predisposición genética no es, en este caso, determinante, sino que más bien lo es la influencia de factores hormonales (p. ej., el hipotiroidismo o un parto), el consumo de drogas, o el uso inadecuado de antidepresivos (p. ej., pacientes que se automedican). En una quinta parte de estos pacientes, constituye la forma de inicio de la enfermedad, pero lo más habitual es que la ciclación rápida sea consecuencia de una aceleración progresiva de los ciclos,

que se da sobre todo en pacientes que abandonan muchas veces el tratamiento farmacológico, en especial en el caso del litio. Y es que, si no se trata, la enfermedad tiende a empeorar con el paso de los años, de modo que los episodios son más graves y más frecuentes, aunque al inicio de la vejez vuelven a *disminuir*. Ésta es también una razón excelente para empezar el tratamiento desde el principio y no abandonarlo hasta que lo diga el médico. El abandono del litio puede desencadenar ciclos rápidos y es posible que, al volverlo a tomar, ya no sea tan eficaz.

El 20 % de los cicladores rápidos presentan hipotiroidismo, lo que significa que su tiroides no funciona correctamente. Esto puede estar relacionado con la enfermedad o bien con el tratamiento con litio, que tiende a hacer que esta glándula trabaje menos. Es conveniente que a todo paciente bipolar se le haga un control del tiroides al principio de la enfermedad y por lo menos cada dos años, especialmente si toma litio. Si se detecta hipotiroidismo, sea natural o inducido por el litio, es conveniente tratarlo con una sustancia denominada *tiroxina*, que es la misma hormona que secreta la glándula tiroides, en forma de pastillas. En este caso deben hacerse controles más frecuentes, pero no es imprescindible retirar el litio. El hipotiroidismo que se observa en algunos pacientes bipolares no suele producir síntomas, más bien se trata de un descubrimiento de laboratorio. En el caso que sea muy pronunciado, suele causar fatiga, aumento de peso, sequedad de piel, caída del pelo, sensación constante de frío y dificultades de concentración. Puesto que algunos de éstos también pueden ser síntomas del trastorno bipolar, debemos confiar en el médico, quien sabrá diferenciar uno de otro y pedir un análisis cuando lo crea oportuno.

¿Todos los pacientes bipolares terminan siendo cicladores rápidos? No. Afortunadamente sólo el 15 % de los pacientes presentan esta complicación. Pero para evitarla es importante seguir correctamente el tratamiento. Por suerte, la ciclación rápida es un estado reversible. A veces se tarda tiempo en hallar el tratamiento que la detenga, pero la mayoría de las veces termina por encontrarse, y el paciente deja de subir y

bajar como un ascensor. Los cicladores rápidos a menudo requieren combinaciones de diversos medicamentos, en especial con reguladores del humor como la carbamazepina y el ácido valproico.

Sin tratamiento, muchos pacientes presentan entre doce y quince episodios a lo largo de la vida, pero algunos pueden tener más de cien. Con tratamiento, esta cifra puede reducirse mucho, pero la medicación no ofrece garantías del 100 % de no recaer. La probabilidad de tener un único episodio es inferior al 10 %, pero depende mucho de la capacidad del afectado de afrontar la enfermedad y un poco también de la suerte. Puesto que la enfermedad a menudo empieza durante la juventud, la actitud más habitual del afectado es no querer saber nada de ella y hacer como si no hubiera pasado nada, desatender el tratamiento y no prevenir futuros episodios. Esto es comprensible, pero tiene graves consecuencias. Muchos pacientes han aprendido a medicarse correctamente a base de ingresos y disgustos por dejar la medicación. Muchas veces, los padres, la pareja o los amigos intentan que el paciente se de cuenta de la necesidad de afrontar su problema, pero éste no está todavía preparado para asumir su enfermedad y, en el fondo, teme ser incapaz de vencer este obstáculo inesperado que la vida le ha impuesto.

Más adelante hablaremos de lo que puede hacerse para ayudarse uno mismo o ayudar a alguien a aceptar y afrontar la enfermedad. Como veremos, a partir del momento en que uno decide tomar el mando de su propia vida, asumiendo sin miedos las limitaciones que ésta le impone, y acepta con serenidad, desde su libertad y responsabilidad, hacer lo que sea necesario para que no sea la enfermedad la que lo lleve como un caballo desbocado quien sabe dónde, ya se ha dado el paso más importante y difícil para gozar de una buena salud mental.

Desencadenantes de recaídas

Los hechos son siempre vacíos, son recipientes que tomarán la forma del sentimiento que los llene.

JUAN CARLOS ONETTI

Ya los hemos mencionado un poco al hablar de las causas ambientales o externas de la enfermedad. Ahora hablaremos de ellos con más detalle. De todos modos, el desencadenante de recaídas más importante y frecuente es el abandono de la medicación por parte del paciente.

«Dejé la medicación una vez; estaba convencido de que lo que tenía era estrés e intenté ponerme bien haciendo meditación y practicando ejercicios espirituales. Acudí a un centro donde me aseguraron que tenía que abrir mis puntos energéticos. Al principio, todo iba bastante bien; me hallaba lleno de vida y cada vez veía más claro que todo aquello de la enfermedad era una excusa que me ponía yo mismo para no afrontar la vida. Seguía yendo a meditación, aunque creía que yo sabía más que el monitor. Poco después, empecé a creer que los compañeros de meditación me miraban y me utilizaban como "puntal energético" para concentrar toda su energía espiritual... Pasé veinte días ingresado. Desde entonces lo tengo muy claro: prefiero la medicación a la meditación.»

«He abandonado el tratamiento más de una vez, y no fue necesario demasiado tiempo para recaer. En dos años ingresé tres veces. Después tomé antidepresivos por mi cuenta y me fue fatal. Ahora, a pesar de que tomo la medicación correc-

tamente, las crisis son más seguidas. El médico dice que padezco ciclación rápida.»

Uno de los desencadenantes de recaídas más conocido popularmente es el cambio estacional. En efecto; existe un subgrupo de pacientes que tienen en común la tendencia a recaer siempre en la misma época. Esto se explica porque los factores meteorológicos influyen de manera muy importante en los mecanismos responsables de la regulación del estado de ánimo. Muchas personas notan que en los días nublados su ánimo decae y que el sol hace que estén más alegres. El patrón estacional más frecuente es aquel que implica una fase depresiva en primavera, una maníaca o hipomaníaca en verano, y una nueva depresión en otoño. Parece que uno de los factores meteorológicos más importantes es la luminosidad del día y su duración. Algunos de estos pacientes mejoran su depresión al viajar a países del trópico, mientras que a otros estos viajes les han llegado a desencadenar una fase maníaca.

El parto de un hijo constituye en las mujeres una situación de alto riesgo de descompensación si padecen un trastorno bipolar. Esto se debe tanto a la situación, que es psicológicamente estresante, como, y sobre todo, a los cambios hormonales que implica dar a luz. Estos cambios tienen tal efecto sobre el sistema límbico que cerca del 50 % de las mujeres de la población presentan algún síntoma depresivo los primeros días o semanas posteriores a un parto. En la mayoría de los casos, estos síntomas desaparecen en pocos días sin necesidad de tratamiento. Si en una persona sin patología psiquiátrica existe este riesgo, imaginaos en una persona bipolar que, además, es probable que esté sin medicación, ya que algunas de las medicaciones utilizadas para tratar el trastorno bipolar pueden tener riesgo terapéutico –riesgo de inducir malformaciones en el feto–, aunque menos de lo que la medicina consideraba hasta hace pocos años. Evidentemente, el riesgo de recaer para una mujer bipolar es muy importante, en especial entre el segundo y el décimo día después del parto. Durante estos días, la concentración de estrógenos que circulan en la sangre de la madre disminuye de un modo acusado,

ya que el principal estímulo para la producción de estas hormonas era el feto. Al producirse el parto, el hijo es retirado del útero de la madre y deja de existir la sustancia que en éste se producía, que estimulaba la producción de estrógenos. Éstos inhiben la producción de un neurotransmisor, la dopamina; por lo tanto, en el posparto se produce una cantidad exagerada de dopamina en el sistema límbico que al mismo tiempo modifica la concentración de serotonina. Estos cambios son los responsables de desencadenar recaídas que pueden ser maníacas o depresivas, pero más a menudo mixtas, en las pacientes bipolares que dan a luz. Las pacientes que presentan el primer episodio de la enfermedad en el posparto suelen tener mejor pronóstico y presentan menos recaídas relacionadas con situaciones estresantes ambientales, pero corren mayor riesgo de descompensarse si tienen más hijos, en el siguiente período de puerperio.

El consumo de drogas es un factor de mal pronóstico en la enfermedad. Si consumir drogas puede ser, de por sí, una enfermedad, la interacción de éstas con el trastorno bipolar aún las hace más peligrosas. Algunas drogas, como las anfetaminas, la cocaína, los LSD y los productos sintéticos que se venden en forma de pastillas (éxtasis, *speed*, *tripis*, etc.) pueden desencadenar recaídas porque aumentan la cantidad de dopamina cerebral y reducen las horas de sueño. Otras, como la heroína y el resto de derivados del opio, pueden desestructurar de tal modo la vida de un individuo que es muy difícil que sea capaz de seguir correctamente el tratamiento del trastorno bipolar y los hábitos de vida aconsejables. La marihuana y los derivados del cannabis (los típicos «porros»), considerados «drogas blandas» por la población general, son totalmente desaconsejables para los pacientes bipolares por el mismo motivo y porque interaccionan con los medicamentos. El alcohol tiene sobre el cerebro un efecto inverso al de los tratamientos, como la carbamazepina y el ácido valproico, puesto que rebaja el umbral convulsivo y potencia la acción de muchos medicamentos, sobre todo tranquilizantes. La cafeína es un estimulante y puede quitar el sueño, de manera que sólo puede tomarse por la mañana, en cantidades mode-

radas, y nunca durante una fase maníaca o hipomaníaca. De todas las drogas conocidas, la nicotina (el tabaco) es la menos mala en lo que respecta al trastorno bipolar, aunque es sabido por todos que aumenta el riesgo de enfermedades cardiorrespiratorias y de algunos tipos de cáncer.

«He consumido bastantes drogas y, de hecho, estoy segura de que fue en particular el consumo abusivo de cocaína lo que desencadenó mi primera fase de manía.»

«Con el alcohol tengo más problemas ya que, aunque no me gusta, a veces me veo obligado a beber por cuestiones sociales, cuando salgo con gente que no conozco. Si puedo, utilizo trucos para que no se note que no bebo alcohol.»

«Durante una época me aficioné a salir de marcha "bakalao", con pastillas y coca. Al principio me lo pasaba muy bien, pero al cabo de un tiempo empecé a "paranoiarme" creyendo que la policía me seguía y sufría mucho. Decidí explicárselo todo al psiquiatra, porque lo pasaba fatal. Desde entonces tengo claro que algunas sustancias son para mí sinónimo de ingreso. Peor sería que me hubieran prohibido la tortilla de patatas.»

«Curiosamente, de todas las cosas que no puedo hacer desde que me diagnosticaron la enfermedad bipolar, la que más me molesta es no poder beber refrescos de cola. No soy aficionado al alcohol y nunca he tomado drogas. Sólo bebía Coca-Cola cuando salía con los amigos. Pero ahora me doy cuenta de que me excita demasiado, hace que hable más de la cuenta y no me deja dormir. Si me bebo dos Coca-Colas pasadas las seis o las siete de la tarde, me voy a la cama con los ojos abiertos como platos. Tengo algunos conocidos que son bipolares, y a ellos no les ocurre. No son tan sensibles a la cafeína. Finalmente, he optado por beber Coca-Cola sólo alguna mañana de sábado o domingo, con el aperitivo, y sólo un vaso, y el resto de días bebo Coca-Cola sin cafeína.»

No dormir, o dormir menos, tanto puede ser un síntoma inicial de descompensación (es decir, una consecuencia), como una causa. Por ejemplo, si por razones laborales un paciente bipolar se ve obligado a hacer un turno de noche durante

unos días, esta reducción de horas de dormir por sí misma puede favorecer una recaída. A veces, las preocupaciones y los problemas descompensan más mediante su acción sobre el sueño (dificultades para conciliar el sueño, levantarse antes para resolverlos) que por sí mismos. Dormir poco es malo, pero tampoco se recomienda dormir demasiado. Se ha comprobado que dormir poco favorece la manía, mientras que dormir mucho puede favorecer la depresión. Lo adecuado para un paciente bipolar –y en general para todo el mundo– es dormir entre siete y nueve horas.

En general, cualquier circunstancia que implique un cambio evidente en la vida de un individuo pone en marcha los mecanismos de alerta del organismo y activa la respuesta neurofisiológica al estrés (los mecanismos que regulan el estado de ánimo). Esto no quiere decir que los bipolares sean personas frágiles, que no puedan tener ningún disgusto. Aunque sí es cierto que la conjunción de factores biológicos con una situación externa desfavorable o estresante puede favorecer una descompensación.

«Creo que dormir tiene mucha importancia; mejor dicho, es fundamental para llevar un vida un poco ordenada.»

«Siempre intento dormir un mínimo de ocho horas. Me afecta mucho si duermo poco. Creo que me afectaría lo mismo aunque no fuera bipolar, pero siéndolo creo que dormir poco es mucho más arriesgado, ya que puede acelerar el desarrollo de un episodio. Si duermo poco, enseguida noto que estoy más "espitosa", más nerviosa y, quizás, más contenta.»

«Una vez estuve un par de días intranquilo, todo me molestaba y empecé a escribir constantemente. El psicólogo me recomendó que aumentara el número de horas de sueño, hasta diez, y me dijo que si no mejoraba fuera a ver al médico. Tuve que tomar medicación para dormir mejor. Cuando conseguí regular el sueño, empecé a encontrarme mejor y no fue necesario que tomara tanta medicación.»

«No dormir bien durante dos noches es, para mí, sinónimo de recaída. Cuando llevo dos noches durmiendo mal, prefiero lla-

mar a mi psiquiatra y contarle lo que me pasa. A veces, con un ligero cambio de medicación o de hábitos se soluciona todo.»

«El curso pasado me relaje un poco; al llegar a junio, con los exámenes, me vi obligado a prepararlo todo a última hora. Esto significaba pasarse muchas horas en blanco, estudiando en vez de dormir. Al hablar con el psiquiatra lo vi claro: soy una persona a quien afecta mucho no dormir. Si pasaba dos noches durmiendo poco, quizás estaría más nervioso y distraído y aún rendiría menos en los exámenes. En el peor de los casos, incluso podría descompensarme y, entonces, adiós curso. Decidí dejar un par de asignaturas para setiembre y preparar las otras tres a fondo, pero durmiendo correctamente. Mi amigo Carlos, que no es bipolar, hizo un *"sprint"* y pasó alguna noche sin dormir. Suspendió tres asignaturas. Yo aprobé las tres que había decidido preparar.»

Pronóstico de la enfermedad

Confía en Alá, pero ata tu camello.

Yaqub Alí

La enfermedad, bien tratada, suele tener un buen pronóstico. A pesar de que todavía no puede curarse en el sentido estricto del término, sí puede mantenerse asintomática en un gran porcentaje de los casos; en otros, el tratamiento la mitiga y permite llevar una vida normal, aunque con algunas recaídas de vez en cuando; una pequeña minoría sufre una forma grave de la enfermedad que le impide llevar una vida normal y le incapacita para trabajar. Cuando el paciente no sigue correctamente el tratamiento, consume drogas o rechaza la existencia del trastorno, el pronóstico es mucho peor. Algunas personas han aprendido a sacar provecho de la enfermedad y han desarrollado los aspectos de creatividad y liderazgo que ésta conlleva. Es sabido que numerosos artistas, poetas, escritores y músicos han sufrido esta enfermedad. Entre ellos destacan Van Gogh, Lord Byron, Blake, Shelley, Virginia Woolf, Hemingway, Schumann y Tchaikovski. También algunos líderes políticos, como Cromwell o Churchill, padecían ciclotimia. Es posible que la inestabilidad afectiva comporte una mayor sensibilidad y vivencias más ricas, y que personas con talento para expresarlas puedan convertirlas en arte.

El suicidio

Sólo existe un problema filosófico verdaderamente importante: el suicidio.

ALBERT CAMUS

Actualmente la frase de Camus debería especificar que, más que un problema filosófico, el suicidio es básicamente un problema médico. Y esto puede afirmarse rotundamente, ya que las estadísticas demuestran que el 95 % de las personas que mueren por suicidio sufren algún tipo de trastorno mental; ello demuestra que, lejos de la idea romántica que convertía el suicidio en una opción personal, expresión de la libertad del individuo, éste es tan sólo una expresión más, la más trágica, del sufrimiento que conlleva una enfermedad psíquica. El suicidio suele producirse en el contexto de una fase de depresión profunda. La persona afectada tiene la sensación que su vida carece de sentido, se siente fracasada e inútil, y cree sinceramente que su desaparición será un descanso para ella y los que le rodean. Como ha perdido la capacidad de gozar, tiene la sensación que la vida es algo vacío y que no merece la pena. Es muy difícil hacer comprender a una persona que se encuentra en este estado que su visión dramática de las cosas se debe a una enfermedad, y que con un tratamiento adecuado en pocas semanas recuperará la objetividad y ya no deseará la muerte. Se calcula que el 15 % de los pacientes bipolares mueren por suicidio. El índice de intentos frustrados es mucho más elevado: cerca de un tercio de los pacientes han llevado a cabo algún intento de suicidio, y en algunos

casos más de uno. A veces el intento es leve y puede expresar una necesidad de ayuda más que una auténtica intención de morir, pero incluso los intentos más inofensivos indican que la idea de la muerte se halla más o menos presente en aquella persona de un modo más o menos próximo, a lo que hay que poner remedio. Los intentos de suicidio y, sobre todo, su consumación generan graves consecuencias en los familiares, quienes, lejos de sentirse aliviados del peso de la enfermedad de su pariente o cónyuge, suelen pasar un calvario psicológico que por lo general incluye sentimientos de culpa, desesperación e incluso pensamientos suicidas.

«Pensaba en mil maneras de suicidarme, de acabar con este sentimiento. Me sabía mal a causa de mi familia, pero al mismo tiempo creía que les quitaría un peso de encima. Ahora que estoy bien no entiendo cómo pude llegar a pensarlo y veo todo lo que me habría perdido.»

La familia del bipolar

El poder que tienen sobre nosotros las personas
a las que queremos es casi siempre mayor
que el que poseemos sobre nosotros mismos.

FRANÇOIS DE LA ROCHEFOUCAULD

El trastorno bipolar es una enfermedad de una persona, pero la padece toda la familia. Puesto que es una enfermedad con un importante componente hereditario, es frecuente que haya más de un miembro afectado, lo cual complica aún más la situación. Las fases maníacas son especialmente duras para quienes conviven con el afectado; a menudo éste no se da cuenta de su estado patológico y son los familiares quienes deben arreglar las cosas que el paciente, en su estado de descontrol, suele hacer mal: compras desorbitadas, inoportunas y absurdas que echan a perder la economía familiar; invitar a desconocidos; relacionarse indiscriminadamente con extraños; discusiones; desviación de la culpa a los demás; egocentrismo, etc. Muchas veces, el desconocimiento del carácter patológico de la conducta lleva al cónyuge a pensar que ésta es voluntaria y libre, y que en realidad no conocía bien a la persona con quien convive. En otros casos, aunque el esposo o esposa tenga conocimientos y experiencia acerca de la enfermedad, el peso de ésta es excesivo y la pareja se separa. En personas más jóvenes o solteras, los padres pueden creer que el comportamiento de su hijo o hija se debe a las malas compañías o a las drogas, y suelen reaccionar sobreprotegiéndole y limitando su auto-

nomía personal, por miedo a que no sea capaz de adaptarse. A veces también ocurre que algún miembro de la familia (p. ej., el padre o el marido) se niega a aceptar la existencia de la enfermedad y culpa al paciente de su comportamiento, como si éste fuera totalmente voluntario. Este fenómeno es especialmente notable durante la fase depresiva, en la que muchos afectados no se sienten con fuerzas para levantarse de la cama ni hacer el más mínimo esfuerzo; a menudo reciben recriminaciones de quienes no sufren la depresión y se les acusa de holgazanería o vagancia. Es cierto que algunos pacientes se aprovechan ligeramente de su situación cuando están en baja forma y dejan de hacer cosas que quizá podrían hacer sin demasiado esfuerzo; pero también es cierto que si la depresión es intensa, las constantes sugerencias (o exigencias) de algún familiar bienintencionado pueden ser contraproducentes. Más adelante daremos algunos consejos para familiares y cónyuges de pacientes bipolares, que esperamos les sirvan para entender mejor su comportamiento y colaborar de un modo más eficaz a su recuperación. Sin embargo, es importante resaltar desde ahora mismo que las actitudes negativas o de culpabilización del paciente por parte de algún miembro de la familia ayudan muy poco al afectado a superar la enfermedad y afrontar las dificultades con que puede encontrarse, sobre todo al principio, cuando todo es más difícil. Otras reacciones inadecuadas pueden ser sentirse culpable y creer que la enfermedad se debe a no haber sabido educar al hijo o, en el caso de parientes menos directos, la típica reacción de no querer saber nada del afectado, como si tuviera alguna cosa contagiosa.

«La enfermedad me ha roto los esquemas; yo quería tener familia, hijos, y ahora estoy confundido, no sé qué hacer. No sé si merece la pena arriesgarse a que salgan como yo.»

«A pesar de todo, dudo mucho y tengo miedo de sentirme culpable si tengo un hijo con trastorno bipolar. Creo que cuando llegue el momento me decidiré por lo que más deseo: tener hijos. De hecho, yo no me cambiaría por nadie, enfermedad incluida.»

«Tengo miedo de ser una mala madre, que mi hijo pague por mi enfermedad, no por la herencia genética, sino porque a veces estoy muy nerviosa y grito demasiado. Tampoco me gusta nada que mi hijo me vea deprimida; no sabe qué me pasa y no se lo puedo explicar.»

«No sé qué hacer con mi marido. No quiere ir al médico y cada día está más nervioso y excitado. No duerme por las noches y constantemente grita y se enfada por cosas sin importancia. Quizás debería ponerme en contacto con la asociación que nos recomendó el psiquiatra.»

La sociedad

El aspecto más triste de la vida actual es que la ciencia gana en conocimiento más rápidamente que la sociedad en sabiduría.

Isaac Asimov

No es extraño oír decir que vivimos en una sociedad injusta, lo cual es sin lugar a dudas cierto. Aunque también lo es que la justicia es una conquista del progreso social (cuando realmente no había ningún tipo de justicia, excepto la de la naturaleza, era en el Paleolítico), de modo que, a pesar de todo, la humanidad ha progresado bastante a lo largo de la historia, y actualmente una parte pequeña pero representativa de la población vive en países donde se respetan los derechos humanos. Con todos sus defectos, es obvio que la sociedad occidental se ha vuelto más solidaria de lo que lo era, por ejemplo, en la edad media. Lamentablemente, esta conciencia de solidaridad humana es todavía muy débil y depende mucho de la capacidad de conmover de los medios de comunicación, en especial la televisión. Pero también es cierto que con la extensión de la existencia del hambre y la miseria a muchas regiones del planeta (fenómeno que no es nuevo, sino de siempre), en las regiones favorecidas hay cierta conciencia de ser privilegiadas, y cada vez hay más gente que colabora en organizaciones no gubernamentales y en campañas de ayuda a los necesitados. Las sociedades avanzadas también han creado mecanismos de integración para favorecer a las personas de aquella sociedad que sufren algún tipo

de problema de salud, y actualmente en nuestro país existe un sistema sanitario público y unos mecanismos de compensación económica para quien tiene que dejar de trabajar a causa de una enfermedad.

Dicho esto, es necesario decir de inmediato que la salud mental es el pariente pobre de nuestro sistema sanitario. Ciertamente en los últimos años el presupuesto destinado a salud mental ha aumentado más que otras partidas, pero se partía de una situación tan ignominiosa que aún estamos lejos de poder afirmar que tenemos una buena sanidad pública para los trastornos mentales. Además, nos hallamos en una sociedad muy ignorante en lo que respecta a este tema. Y tampoco ayuda demasiado la imagen que dan las películas y las series de televisión, donde suele presentarse al enfermo mental como un criminal sanguinario que hace daño sin motivo; o la imagen de los psiquiatras, a quienes se considera carceleros malvados, cuando no personajes misteriosos que adivinan el pensamiento de la gente sólo con verla. Todo esto sólo lleva a estigmatizar a la persona que sufre algún tipo de enfermedad psíquica, de modo que son pocos quienes admiten que padecen alguna o que no ocultan que van al psiquiatra. La gente desconoce que un 25 % de la población sufre algún tipo de trastorno mental. Lo que ocurre es que las enfermedades psíquicas, como las físicas, pueden ser más o menos graves. Del mismo modo que alguien puede tener un resfriado, en psiquiatría hay trastornos leves que se curan muy fácilmente y sin dejar secuelas; otras afecciones crónicas, como la hipertensión o la miopía, no es fácil que lleven al afectado a sentirse estigmatizado, tal como ocurre con patologías mentales menos equiparables, como por ejemplo el trastorno bipolar. Es fundamental iniciar un proceso de educación y concienciación social que permita superar la ignorancia y los prejuicios de la mayor parte de la población ante los trastornos mentales. La gente cree que una enfermedad mental conlleva perder la razón para siempre de una forma totalmente imprevisible y peligrosa, necesitar «sedantes» para no estar tan agresivo o permanecer internado en un manicomio indefinidamente. La mayoría de las personas que nos

rodean no entienden que tener fobia a volar, por ejemplo (es decir, un temor invencible a ir en avión), ya se considera un trastorno mental; no entienden que todos estamos expuestos a sufrir depresión o a que se nos manifieste algún otro tipo de enfermedad psíquica en estado latente; no entienden que el individuo que durante una fase depresiva presenta síntomas de haber perdido la razón, sólo unos días antes era una persona de quien ellos dirían que es «normal y corriente», y que con el tratamiento volverá a serlo; no entienden que una enfermedad mental es igual que una enfermedad física, pero que sus síntomas en lugar de ser un cambio en el color de la piel (p. ej., ponerse amarillo) son de tipo conductual, porque el órgano afectado es el cerebro y éste se encarga de regular la conducta. Lamentablemente, aún no ha llegado el día en que pueda hablarse tranquilamente con un conocido del hecho de haber estado ingresado por una fase maníaca debida a un trastorno bipolar, del mismo modo que lo haría quien explica que ingresó por una insuficiencia respiratoria, a causa del asma bronquial, o por una angina de pecho, como resultado de una enfermedad coronaria. Las autoridades sanitarias, los medios de comunicación, los profesionales de la salud mental y la sociedad civil, en forma de asociaciones de afectados, tenemos una gran tarea a realizar en este aspecto. No basta con lamentarse de las injusticias sociales; debemos trabajar para combatirlas.

El trabajo

El trabajo nos alivia el dolor.

William Shakespeare

Uno de los ámbitos en que la sociedad puede demostrar su sensibilidad hacia este tipo de problemas es el laboral. En nuestro país, el problema del paro hace muy difícil que una persona que ha perdido el trabajo a causa de un trastorno mental la recupere. En el caso de los bipolares, en quienes generalmente se observa una recuperación completa tras un episodio, esto es especialmente triste porque muchos de ellos están perfectamente capacitados para volver al trabajo. Los pacientes que presentan la enfermedad ya antes de poder acceder a un puesto de trabajo, tienen después grandes dificultades para conseguirlo, sobre todo si la recuperación del primer episodio ha sido un poco larga y ha interrumpido la secuencia natural estudios-trabajo. A pesar de ello, en la mayoría de los casos la enfermedad no debe suponer un obstáculo insalvable para trabajar como cualquier otra persona, si bien es cierto que hay pacientes que no pueden hacerlo y deben acogerse a la invalidez o, incluso, a la incapacidad. Aunque es evidente que la gravedad de la enfermedad es la que condiciona de un modo más importante la capacidad de trabajar: las personas ligeramente ciclotímicas pueden, según el tipo de trabajo, ser incluso más eficaces, creativas y emprendedoras que personas más estables o anodinas; al contrario, un paciente que presente ciclación rápida, ingresos frecuentes en hospitales y síntomas psicóticos variados, es

probable que tenga que renunciar al trabajo, al menos hasta que se encuentre un tratamiento que mejore mucho sus síntomas y le proporcione más estabilidad.

El trastorno bipolar es, desde el punto de vista de la legislación laboral, equiparable a cualquier enfermedad física en el sentido que una descompensación da derecho a pedir una baja hasta la recuperación. En función del tiempo cotizado, se tiene derecho a una paga de duración variable mientras se está de baja. Hasta hace poco, la baja se revisaba cada seis meses hasta los dieciocho, momento en que un tribunal médico revisaba el caso para decidir si pasaba a régimen de invalidez provisional. Actualmente las bajas se revisan antes y no es necesario esperar dieciocho meses para la concesión de la invalidez, si ésta está justificada. La invalidez provisional es reversible, mientras que la definitiva no. Es obvio que el diagnóstico tiene un peso importante en la decisión del tribunal médico, pero es más importante la evaluación del estado actual del individuo y las circunstancias específicas que le rodean, ya que muchos bipolares trabajan normalmente mientras están compensados. Es decir, la prestación económica no es una compensación por padecer el inconveniente de la enfermedad, sino por la incapacidad real de trabajar. En este sentido, tiene mucha importancia el informe médico del momento en que se solicita la prestación, aunque también se valora la gravedad de la enfermedad en función de antecedentes, como ingresos en hospitales, síntomas psicóticos o conducta suicida, y la existencia de otras enfermedades, físicas o psíquicas, acompañantes. Para los pacientes graves que nunca han podido cotizar porque la enfermedad les ha impedido acceder a un primer puesto de trabajo existe la paga no contributiva, que es una pensión vitalicia muy escasa que se concede a los pacientes incapacitados.

Si la enfermedad no se trata a tiempo, conlleva un riesgo notable de problemas laborales, incluso para los pacientes mejor adaptados en este aspecto. No es extraño el caso de una persona que, después de trabajar eficazmente para una empresa durante años, es despedida de modo fulminante como consecuencia de errores o despropósitos realizados

durante una fase maníaca. En general, la euforia lleva a asumir riesgos excesivos y a gastar más de lo necesario; la depresión, por otro lado, conlleva bajas laborales y un claro descenso de la productividad.

Relaciones de pareja

No te enamores nunca durante un eclipse total.

Richard Lester

Una enfermedad que afecta sobre todo a las emociones debe interferir por fuerza en las relaciones afectivas, y a la inversa, éstas desempeñan un papel muy importante, que puede ser favorable o desfavorable, en el curso de la enfermedad. Las relaciones de amor, amistad y afecto forman parte de la naturaleza de los vertebrados, y muy especialmente de los mamíferos, entre los que destaca el ser humano. La privación de esta necesidad básica hace que los animales y las personas enfermen, tal como demostró el científico René Spitz tanto en monos privados de su madre como en los casos de niños que habían recibido malos tratos físicos y psíquicos por parte de sus padres.

Los enamoramientos son frecuentes durante las fases maníacas e hipomaníacas. Algunas veces parece que es el propio enamoramiento, con la exaltación que conlleva, el que predice la euforia, y otras, la mayoría, es la propia euforia la que conduce a la idealización y el apasionamiento por una persona. Esto plantea una cuestión que muchos pacientes se han preguntado alguna vez: ¿es posible que su enamoramiento sea tan sólo un síntoma de la enfermedad, que desaparecerá a medida que lo hagan la euforia, la irritabilidad o el insomnio? La realidad es que la manía hace que el paciente sea mucho más propenso a enamorarse o idealizar a alguien (principalmente él mismo), de modo que, para valorar la

autenticidad de los sentimientos hacia una persona, es conveniente asegurarse de que uno se encuentra perfectamente eutímico (que quiere decir ni demasiado eufórico ni demasiado triste). De hecho, el enamoramiento tiene muchos puntos en común con la hipomanía, independientemente de que quien lo padezca sea o no bipolar: muchas veces se produce insomnio, ansiedad, cambios súbitos del estado de ánimo, emotividad, excitación, ideas fijas y obsesivas... Es probable que la hipomanía y el enamoramiento compartan algunos mecanismos biológicos comunes, lo que también explicaría que a menudo coincidan. Esto no significa que un bipolar no pueda enamorarse ni tenga derecho a una relación pasional; pero si queremos ser verdaderamente libres, debemos ser capaces de separar los sentimientos normales (y el enamoramiento puede ser uno de ellos) de los que derivan de un estado patológico como la manía.

El cónyuge del bipolar puede desempeñar un papel muy importante en la capacidad de éste de aceptar y controlar su enfermedad. En algunos pacientes jóvenes, la enfermedad puede complicar la búsqueda de pareja, ya que a veces se reacciona con tendencia al aislamiento o a evitar el contacto social por miedo a ser herido por los demás. A veces, la aparición de la enfermedad rompe el curso académico o profesional de una persona, la separa de su ambiente social habitual, lugar donde muchas veces se encuentra la pareja. En estos casos se echa en falta el apoyo emocional que proporciona una persona amada. En pacientes con relaciones estables previas a la irrupción de la enfermedad, ésta puede ser un foco importante de tensiones, sobre todo al principio, cuando no se entiende nada de lo que está ocurriendo; la consecuencia es que muchas veces se producen rupturas y separaciones, algunas de las cuales podrían evitarse si el paciente y su pareja estuvieran mejor informados sobre la enfermedad. En general, los cónyuges de bipolares aceptan de un modo razonable las consecuencias de la enfermedad cuando ven que el afectado hace todo lo que puede para ponerse bien (seguir el tratamiento, no consumir drogas, regularizar un poco los hábitos), aunque como la actitud más habitual de la mayor

parte de los pacientes, al menos en las fases iniciales de la enfermedad, es comportarse como si nada ocurriera, es frecuente que personas comprensivas y flexibles acaben abandonando la relación por el sentimiento de impotencia que les produce la ausencia de conciencia de enfermedad del afectado. La mayoría de personas que aman a una persona bipolar o conviven con ella tardan mucho tiempo en comprender que muchas de las reacciones de aquella persona no son del todo voluntarias, y que su comportamiento es consecuencia de un trastorno mental. A veces, cuando alguien se lo explica ya es demasiado tarde y sus sentimientos se han modificado de manera irreversible. Es importante que los pacientes bipolares entiendan las dificultades de sus compañeros para comprender una enfermedad que interfiere tanto en la vida emocional de la pareja.

¿Debe informarse de la enfermedad, si se empieza a salir con alguien? Obviamente, ésta es una decisión individual. Nuestro consejo es que se informe a la pareja en función de dos factores: el grado de intimidad y conocimiento mutuo y la capacidad de comprensión del compañero. Puesto que estos factores se modifican con el tiempo, por lo general hacia mejor, la recomendación es plantearlo cuando se comprueba que la relación tiene continuidad. La manera de contarlo también es importante. Si el afectado tiene bien asumida la enfermedad (p. ej., como quien lleva gafas y no está acomplejado por ello), transmitirá su seguridad y aceptación a la hora de comunicarlo, y facilitará una actitud positiva. Algunas personas prefieren hablar de ello antes de iniciar de modo efectivo una relación; también es respetable, aunque da la sensación de una actitud un poco defensiva (como si dijéramos: «Yo tengo este defecto, y si no te gusta, no es necesario que empecemos nada que después pueda hacernos daño.»). El problema es que las afecciones mentales (del cerebro), a diferencia de las de otros órganos, están mal vistas socialmente y pueden generar miedos inconscientes en la pareja. Si el afectado es capaz de comunicar con naturalidad, del mismo modo (en tiempo y forma) que lo haría en el caso de una enfermedad física (p. ej., la diabetes), el hecho de que padezca

un trastorno bipolar (que puede definirse claramente como un tipo de depresiones que alternan con períodos de euforia), será mucho más fácil que el compañero se haga una idea favorable del problema.

Uno de los problemas que puede tener cualquier relación de pareja es el riesgo de la infidelidad, que por lo general se entiende en un sentido sexual. Dejando aparte posibles consideraciones morales, que son propias de cada uno y no deben mezclarse con la divulgación científica, es evidente que una enfermedad que a menudo entraña cierta desinhibición y promiscuidad sexual durante una de sus fases (evidentemente la maníaca) conlleva un riesgo mayor de complicaciones en esta esfera de la vida de pareja. Algunos pacientes escogen patrones de relación afectiva que se caracterizan por cambios frecuentes de pareja, vínculos escasos y mucha inestabilidad. Evidentemente, muchas personas se comportan así y es del todo aceptable, aunque lo ideal sería que este patrón fuera consecuencia de una elección libre y no de un mecanismo de defensa o un síntoma de enfermedad.

Tratamiento

Se padece menos por el dolor en sí que por el modo de aceptarlo.

MAURICE MAETERLINCK

Afortunadamente, ésta es la enfermedad psiquiátrica para la cual existen más recursos terapéuticos. Puesto que la base de la enfermedad es bioquímica, el tratamiento se basa en los fármacos. Disponemos de medicamentos que frenan las fases de euforia y de medicamentos que ayudan a superar la depresión, además de sustancias que reducen la frecuencia de las recaídas y su intensidad. Ninguno de estos fármacos es una droga –en la acepción castellana del término, ya que en inglés la palabra «drug» sirve tanto para designar a los fármacos como a las sustancias de abuso– ni crea adicción ni modifica la personalidad. A pesar de los prejuicios sociales hacia los medicamentos en general, que se acentúan cuando se trata de psicofármacos, se trata de sustancias muy bien estudiadas, que actúan corrigiendo los mecanismos neuronales alterados. Su prescripción bajo control médico no debe entrañar ningún problema, excepto algunas molestias físicas que por lo general son transitorias. El objetivo del tratamiento es mantener al paciente estable y compensado, ya que por ahora la enfermedad no puede curarse. Quizás más adelante los avances en genética nos permitan llegar a erradicarla de forma definitiva, aunque por ahora debemos conformarnos con fijar nuestros objetivos en la estabilización, no en la curación. Sin embargo, hay pacientes que llegan a estabilizarse durante tanto tiempo que su situación es prácticamente equiparable a una cura-

ción. Ello depende de la gravedad de la enfermedad, de seguir correctamente el tratamiento y –por qué no– de la suerte; por el contrario, no depende de recibir algún tipo de terapia alternativa, ni existe ninguna técnica psicológica que permita acercarse más «a la raíz del problema». La supuesta raíz del problema no es un trauma infantil, ni una posesión diabólica, sino simplemente un problema genético. Las terapias que prometen la curación no han demostrado científicamente su eficacia, y se basan en preceptos ideológicos de carácter sectario, o constituyen un negocio éticamente reprobable.

«Siempre he sido contrario a la medicina tradicional, que se limita a ponerte una etiqueta de enfermo sin contemplar la complejidad del individuo. Visitaba a un terapeuta; él sí que me entendía. Hablábamos y hablábamos en busca de la causa de mis problemas. Yo me sentía un poco culpable porque me daba cuenta de que todo lo que me había ocurrido se debía a mi dificultad para vivir las emociones positivas y negativas. Pero también me sentía responsable de mí mismo: era yo quien decidía, no las pastillas. A pesar de visitarme dos veces por semana con mi terapeuta, empecé a deprimirme, y nada de lo que él me decía me servía en absoluto. Un psiquiatra me dio un antidepresivo; el terapeuta me dijo que mi depresión era tan sólo una defensa ante mis problemas conmigo mismo. Entonces, empecé a encontrarme mucho mejor: ya sabía la verdad y no volvería a recaer nunca más. Lo único que tenía que hacer era dejar fluir mi emotividad (mis emociones) reprimida, dejar aflorar el niño que llevaba dentro. Destinaba buena parte del día a los pensamientos positivos y a transmitir energía positiva a los demás. Rezaba por la humanidad, para que no cayesen en los mismos errores que yo. Mi familia me decía que quizás estaría bien que fuera al médico. Evidentemente ellos no comprendían mi nueva espiritualidad y vivían recluidos en su mentalidad obsoleta y tradicionalista. Yo no, yo había visto la luz. La siguiente luz que vi fue la de la sala de urgencias. Un doctor con gafas me decía que debería ingresar: estaba maníaco.»

«Yo no sabía que el litio homeopático llevaba mucha menos cantidad de litio que el fármaco. Empecé a seguir un trata-

miento homeopático porque tenía menos efectos secundarios; los primeros días me encontraba mejor porque las manos no me temblaban tanto, no tenía tanta sed y, sobre todo, habían desaparecido las diarreas. Llevaba dos años sin recaer. Empecé a deprimirme al cabo de dos meses de dejar de tomar Plenur. No sé si es casualidad, pero ahora que vuelvo a tomarlo me encuentro bien.»

El tratamiento del trastorno bipolar se basa en cuatro tipos de medicamentos: los eutimizantes, también denominados *reguladores del humor*; los antipsicóticos; los antidepresivos y los ansiolíticos/hipnóticos. Además, existen técnicas para casos especiales como la terapia electroconvulsiva y tratamientos psicológicos para complementar el tratamiento farmacológico cuando sea necesario.

MEDICAMENTOS REGULADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

Son medicamentos que estabilizan el estado de ánimo, de modo que tienden a reducir tanto la depresión como la euforia. También se denominan *eutimizantes*, porque eutimia significa estado de ánimo correcto. Son muy útiles como tratamiento de mantenimiento para evitar recaídas. También mejoran los síntomas de manía y depresión. Los más importantes son el litio (Plenur), la carbamezepina (Tegretol), el ácido valproico (Depakine o Depamide) y la lamotrigina (Lamictal, Labileno o Crisomet). Si entendemos la enfermedad como el movimiento de un péndulo, donde cada extremo representa una de las fases (manía o depresión), su forma de actuación podría equipararse a una resistencia situada en el eje del péndulo, que hace que el movimiento oscilatorio vaya atenuándose poco a poco. Los eutimizantes reducen la frecuencia y la intensidad de las recaídas. No garantizan al 100 % no recaer, pero reducen mucho las posibilidades de presentar un nuevo episodio, sea maníaco o depresivo. Los eutimizantes ajustan las cantidades de dopamina, noradrenalina y serotonina que produce el cerebro, y facilitan un funcionamiento más armónico de los mecanismos reguladores

del ánimo. Es muy importante seguir correctamente el tratamiento con estos medicamentos porque las interrupciones y olvidos frecuentes hacen que pierdan su acción preventiva. La interrupción brusca del tratamiento con eutimizantes conlleva un riesgo muy elevado de recaída. Además, los abandonos repetidos del tratamiento pueden, al final, suprimir eficacia al medicamento, aun en el caso en que desde entonces se tome correctamente. Los eutimizantes constituyen la base del tratamiento del trastorno bipolar, aunque algunos pacientes requieren complementar su tratamiento con otros fármacos, ya que su tendencia a la manía o la depresión es más fuerte que la capacidad del eutimizante para mantenerlo estable. Los eutimizantes no son drogas, ni crean dependencia, ni cambian la personalidad; son medicamentos que favorecen la estabilidad anímica, lo cual tampoco significa que impidan sentir alegría o tristeza; simplemente evitan que las emociones lleguen a alcanzar niveles patológicos.

Litio

El litio fue el primer tratamiento específico que se descubrió para esta enfermedad. Fue en el año 1949, cuando un psiquiatra australiano llamado John Cade describió las propiedades antimaníacas del litio. En aquel momento todo el mundo pensó que se había hallado la explicación de la causa de la enfermedad, que sería la falta de litio. En realidad no es así; el litio es una sustancia extremamente simple, lo que se denomina un *elemento*, y se encuentra en cantidades muy pequeñas en el cuerpo humano. Los análisis convencionales no pueden detectar esta pequeña cantidad de litio que todos tenemos, de modo que si nos miramos el litio de la sangre veremos que el resultado es cero. Por lo tanto, no tiene sentido mirarse el litio de la sangre (lo que se denomina una *litemia*) si no estamos tomando litio como tratamiento. Los bipolares no tienen falta de litio, aunque podría decirse que éste les hace falta. El litio se parece mucho al sodio, que entre otras cosas forma parte de la sal que utilizamos para dar mayor sabor a la comida. Por ello el tratamiento con litio suele dar sed, por lo que es necesario beber más agua; a

menudo las personas que toman litio deben orinar con más frecuencia. Otras molestias que puede dar el litio son temblores, diarreas, digestiones pesadas y náuseas. Puesto que se trata de una sal, tiende a causar un poco de retención de líquidos, que a menudo supone un pequeño incremento de peso. Afortunadamente, estos efectos secundarios suelen ser muy suaves y reversibles, aunque dependen mucho de la dosis: a dosis más altas, es más probable que se produzcan y con mayor intensidad; a las dosis habituales, el litio se tolera muy bien. El problema del litio es que, a pesar de que es una sustancia natural y muy simple, en exceso puede resultar tóxico. Por eso es tan importante que el médico supervise regularmente el tratamiento con litio, haciendo análisis al menos una vez cada seis meses. Al iniciar el tratamiento, deben hacerse análisis más a menudo hasta ajustar la dosis a los niveles óptimos en sangre. Para prevenir la recaída son suficientes concentraciones de entre 0,7 y 1 mEq/l, aunque durante las fases maníacas o depresivas es conveniente aumentar un poco la dosis hasta obtener litemias entre 0,8 y 1,2 mEq/l. Por encima de 1,5 mEq/l pueden aparecer síntomas de toxicidad, que por lo general consisten en un temblor muy exagerado, vómitos, diarreas e inestabilidad al andar. Es un estado muy desagradable y fácil de identificar. Puede deberse a un aumento inadecuado de la dosis (p. ej., que el paciente decida por su cuenta tomar más litio), una deshidratación (al perder mucha agua la concentración relativa de litio aumenta), una disminución de la ingesta de sodio (el organismo sustituye el sodio por el litio y absorbe mayor cantidad), o una pérdida de sodio (p. ej., si se toman diuréticos). Por lo tanto, uno deberá ser muy disciplinado en las dosis de este medicamento, evitar las situaciones de posible deshidratación (esfuerzos que hagan sudar mucho, gastroenteritis que hagan perder líquidos por vómitos o diarreas, fiebre alta) y, si son inevitables, consultar al médico las posibilidades de reducir transitoriamente la dosis de litio. También deberá vigilarse no suprimir el sodio de la dieta (p. ej., si alguien de la familia es hipertenso y se le recomienda comer sin sal, no es conveniente que quien toma litio tampoco tome sal: la cantidad de sal debe ser la de siempre, con las variaciones lógicas deri-

vadas de la composición de los alimentos, pero sin suprimir nunca la sal por razones dietéticas). Como podéis ver, el litio es un remedio delicado, que no puede tomarse nunca sin prescripción y un control médico riguroso. De uno a otro médico puede haber pequeñas variaciones respecto a la frecuencia de determinación de litemias o los niveles considerados óptimos, lo cual es lógico porque, dentro de unos márgenes razonables, cada médico cuenta con su experiencia y forma de trabajar y porque no hay nunca dos pacientes iguales. Por ejemplo, a una persona que con litemias de alrededor de 0,5 mEq/l ya presenta tendencia a la diarrea o el temblor, quizás no será conveniente aumentar más el litio y comprobar si se mantiene estable con la dosis que toma para evitarle los inconvenientes de niveles considerados en teoría más adecuados. Respecto al embarazo, aunque tradicionalmente se había considerado al litio como un fármaco con un alto potencial de inducir malformaciones en el feto –sobre todo cardíacas–, los últimos datos indican que tal riesgo es realmente bajo y, en cambio, el riesgo de recaída durante el embarazo (y sobre todo en el posparto) si se abandona el tratamiento es muy alto. Por lo tanto, no es indispensable abandonar el litio en caso de embarazo, aunque el riesgo de malformaciones debe ser estrechamente monitorizado por el ginecólogo si la madre toma litio después del parto, deberá renunciarse a la lactancia materna porque el litio pasa a la leche. Si es el hombre quien toma litio, no hay ningún riesgo relacionado con el embarazo de la mujer.

«De todos los medicamentos, el litio es el que menos me molesta tomar. Soy un poco contrario a la medicación y desde que los médicos me explicaron que el litio era un componente natural que se hallaba en pequeñas dosis en la sangre y que tenía una estructura similar a la de la sal de cocina, me lo tomo con tranquilidad. Además, me gusta que de vez en cuando, con las litemias, pueda enterarme de la cantidad de litio que tengo en la sangre y comprobar que no me está perjudicando.»

«Nunca me he planteado abandonar el litio. Confío en mi médico. Puesto que no soy médico, no puedo saber si me per-

judica o no el riñón. Los últimos cinco años, desde que tomo litio y otros medicamentos, sólo he tenido una recaída, y no tuve que ingresar. Antes de tomar esta medicación, estaba ingresado cada dos por tres. Me ponía bien, y cuando salía de la clínica, hacía otra vez el burro y volvía a ingresar.»

Otra cuestión que preocupa a los pacientes es si el litio puede entrañar a largo plazo algún problema de hígado o riñón. La verdad es que no afecta en nada al hígado, y en el caso del riñón sólo se producen problemas en los pacientes que han sufrido intoxicaciones por llevar un mal control del tratamiento. Por el contrario, la glándula tiroides sí pierde en algunos casos un poco de eficacia como consecuencia del tratamiento. Por eso, y porque algunos pacientes ya tienen problemas de tiroides antes de llevar a cabo el tratamiento, es muy importante supervisar, al menos una vez cada dos años, el funcionamiento de esta glándula (para ello sólo se requiere un simple análisis de sangre). En el caso de un bajo funcionamiento (hipotiroidismo), será necesario complementar el tratamiento con tiroxina, que es la sustancia que fabrica el tiroides y que se halla disponible en forma de pastillas. El psiquiatra decidirá, en función de cada caso, si debe o no seguirse el tratamiento con litio. Por otro lado, no se recomienda litio a personas que sufran formas graves de psoriasis, puesto que la agravan considerablemente.

Tras leer todos estos inconvenientes del litio, quizás pensaréis que sería mejor tomar otra cosa o no tomar nada. Pero precisamente lo explicamos con claridad porque la única forma de ser realmente libres es conociendo la verdad, y esto se refiere tanto a la enfermedad como al tratamiento. Muchos pacientes, sobre todo los más jóvenes, sobrevaloran los inconvenientes del tratamiento sin poner en el otro platillo de la balanza las consecuencias de no medicarse. Prefieren vivir inconscientes de las graves repercusiones de la enfermedad bipolar en su vida futura. Una de las situaciones más difíciles a la que nos enfrentamos los profesionales de la salud mental se produce al visitar a una persona que responde bien al tratamiento, pero lo abandona rápidamente cuando se encuentra bien; entonces recae de manera reite-

rada sin aceptar que una cosa lleva a la otra. Te sientes muy impotente cuando una persona joven, que podría elegir llevar una vida prácticamente normal tomando medicación, termina viviendo como un enfermo y reingresa en centros psiquiátricos cada dos por tres.

Cuando hablábamos de los mecanismos que regulan el estado de ánimo, ya hemos dicho que funcionan como un termostato: cuando sube la temperatura la reducen y cuando baja la suben. Un bipolar sería como un ático: las temperaturas son demasiado extremas, en invierno hace demasiado frío y en verano demasiado calor. Solución: necesitamos un climatizador. El litio es como un climatizador que refresca cuando hace calor y calienta cuando hace frío. Lamentablemente, sólo es buen climatizador cuando el tiempo no es muy extremo, lo cual quiere decir que, en algunas situaciones, a pesar de tomar bien el litio quizás sea necesario reforzarlo con otra sustancia. Aproximadamente el 50 % de los pacientes bipolares se mantienen estables sin necesidad de tomar otra cosa que el litio; el otro 50 % requiere otros fármacos o combinaciones de litio y otros fármacos.

«Nunca he comprendido del todo para que sirve el litio; al principio me causaba muchas diarreas y era muy molesto ya que, además, me temblaban las manos y estaba convencido de que en el trabajo todos lo notarían. Al cabo de poco tiempo, los temblores mejoraron y, respecto a las diarreas, tomo algunas medidas con la dieta. Lo cierto es que desde que tomo litio no he vuelto a deprimirme, ni me he puesto como una moto cada primavera. Sigo sin saber qué hace exactamente y, a veces, creo que es como el agua, que en realidad no hace nada, que todo es psicológico, pero sigo tomándolo porque más vale prevenir que curar, dicen. Mi novia siempre dice que el litio me causa diarreas, pero me ahorra las diarreas mentales!»

«Considero el litio un alimento, más que un medicamento. Es una sustancia que le hace falta a mi cuerpo. Claro que preferiría no tener que tomarlo, pero puestos a tomar una medicación, mejor tomar una que sea una sustancia natural.»

Carbamazepina

Carbamazepina es el nombre científico de un medicamento denominado *Tegretol*. En un principio, el Tegretol se comercializó para el tratamiento de la epilepsia, pero pronto se vio que también tenía propiedades estabilizadoras del ánimo. En nuestro país está disponible en comprimidos de 200 y 400 mg, y por lo general la dosis eficaz se halla entre los 600 y los 1.600 mg diarios, aunque en algunos casos concretos las dosis pueden ser inferiores o superiores a los márgenes que hemos dado. La carbamazepina funciona de un modo similar al litio, es decir, reduce la probabilidad de tener una recaída y, en caso de producirse, la suaviza. Conviene determinar periódicamente los niveles de carbamazepina en sangre, aunque no es necesario hacerlo tan a menudo como en el caso del litio. Los niveles terapéuticos son, en fase de descompensación, entre 6 y 15 μg/ml, y cuando el paciente está compensado (eutímico), entre 4 y 12 μg/ml. Al empezar el tratamiento con carbamazepina pueden aparecer pequeñas molestias digestivas que no tienen demasiada importancia y son transitorias, algo de somnolencia y temblor discreto. Si las dosis son demasiado altas, puede aparecer visión doble y pérdida del equilibrio. En este caso, es necesario ponerse rápidamente en contacto con el médico. En casos excepcionales pueden producirse reacciones alérgicas, que se manifiestan en forma de erupciones en la piel (manchas rojas por todo el cuerpo) o inflamación del hígado. Esto se detecta fácilmente y se soluciona retirando el medicamento o reduciendo la dosis de manera sustancial. Aunque la carbamazepina puede rebajar la cifra de glóbulos blancos de la sangre (al contrario que el litio, que la aumenta), en el 99 % de los casos esta disminución no tiene repercusiones en el organismo.

Uno de los inconvenientes de la carbamazepina es que reduce la eficacia de muchos otros medicamentos que se puedan estar tomando al mismo tiempo. Esto ya lo tendrá en cuenta el psiquiatra, pero es importante notificar que se toma este medicamento a otros profesionales de la medicina para que ajusten las dosis de otros fármacos. Por ejemplo, los anticonceptivos pueden perder eficacia cuando se toma Tegretol.

De los reguladores del estado de ánimo por ahora disponibles la carbamazepina, la lamotrigina y los antipsicóticos atípicos son los que entrañan menos problemas si deben tomarse durante el embarazo. En el caso de la carbamazepina, sería preferible retirarla durante el primer trimestre de embarazo porque en el 1 % de los casos puede asociarse a espina bífida, que es una malformación neurológica del feto. Este problema también se detecta mediante ecografía.

Como en el caso del litio, la mayoría de los pacientes que toman carbamazepina no presentan efectos secundarios y notan que su estado de ánimo es más estable. Puesto que el mecanismo de estos dos fármacos es distinto, en algunos pacientes es muy útil combinarlos con el fin de conseguir un mejor control de la enfermedad (p. ej., en cicladores rápidos).

Ácido valproico

El ácido valproico es también un medicamento contra la epilepsia que ha demostrado su utilidad a la hora de apaciguar las oscilaciones del estado de ánimo, propias del trastorno bipolar. Se administra en forma de sal (valproato sódico, denominado *Depakin*e) o mezclado con la forma salina (Depakine Crono), o bien en forma de un derivado llamado *dipropilacetamida* (Depamide). Aunque hace muchos años que se conocen sus propiedades en el equilibrio del estado de ánimo, recientemente ha empezado a recetarse mucho porque se ha comercializado en Estados Unidos, y algunos estudios han demostrado que es muy útil para los pacientes con fases mixtas, es decir, crisis en que se mezclan al mismo tiempo síntomas depresivos y de manía. Las dosis más frecuentes se sitúan entre 600 y 1.500 mg/día, pero hay pacientes que requieren aun más para alcanzar una cantidad en sangre que oscile entre 50 y 100 μg/ml, que es la efectiva. Los análisis pueden ser menos frecuentes que en el caso del litio, pero se recomienda hacer por lo menos uno al año.

Como cualquier tratamiento, tiene ventajas e inconvenientes. La principal ventaja es que mejora la enfermedad, prevé las

recaídas y evita las consecuencias en la vida de la persona enferma cuando no está controlada. Entre los inconvenientes, destaca cierto grado de somnolencia y aumento de peso, hecho que favorece la caída del pelo, y, en algunos casos, cierto grado de inflamación del hígado y reducción de los glóbulos blancos, que no entrañan ningún tipo de gravedad. No conviene que las mujeres que toman ácido valproico queden embarazadas, porque ello puede tener repercusiones en el feto, como puede ser la espina bífida. Sin embargo la mayoría de pacientes que toman este medicamento no notan efectos secundarios y se benefician de su eficacia, sobre todo cuando se combina con litio.

Lamotrigina

La lamotrigina es otro fámarco diseñado en principio para el tratamiento de la epilepsia, que en los últimos cinco años se ha mostrado como un excelente fármaco para estabilizar el trastorno bipolar, sobre todo para prevenir la fase depresiva o detener la ciclación rápida. La lamotrigina se comercializa en España con los nombres «Lamictal», «Labileno» y «Crisomet». Entre los efectos secundarios que pueden aparecer los primeros días de tomar este fármaco destaca una reacción alérgica consistente en manchas en la piel acompañadas de picor, lo que debe ser siempre motivo para localizar inmediatamente a su psiquiatra.

Antipsicóticos atípicos

Aunque los antipsicóticos atípicos son fármacos que fueron diseñados, para el tratamiento de la esquizoafrenia y las fases maníacas, en la actualidad algunos de ellos han mostrado eficacia también la prevención de recaídas. Entre éstos destaca por su acción preventiva la olanzapina (Zyprexa), aunque es probable que otros fármacos similares como la quetiapina (Seroguel), la risperidona (Risperdal), la ziprasidona (Zeldex), la clozapina (Leponex) o el aripiprazol (Abiliby) tengan un efecto parecido.

MEDICAMENTOS PARA LA FASE DE MANÍA

Las fases maníacas o hipomaníacas, y también las mixtas, en que se mezcla la manía con la depresión, se tratan con estabilizadores del ánimo como los que hemos comentado, y a menudo también con antipsicóticos, denominados *neurolépticos*. Los antipsicóticos son medicamentos para la fase maníaca y también para el tratamiento de la esquizofrenia. Estos fármacos sirven para apaciguar la euforia, la aceleración y, en caso de producirse, los delirios y las alucinaciones. Tomar estos medicamentos puede resultar desagradable, porque eliminan el estado de euforia y bienestar subjetivo y vuelven al paciente a la realidad, que no siempre es atractiva. Además, tienen algunos efectos secundarios un poco desagradables, sobre todo aquellos más potentes, como el haloperidol. Estas molestias pueden ser tics, tortícolis, rigidez, babeo, sensación de ir «como un robot», temblor y, en algunos casos, piernas inquietas. Estos efectos dependen mucho de la dosis, de modo que cuando se toman cantidades pequeñas del medicamento son infrecuentes. A pesar de que sean molestos, deben tomarse cuando el médico lo indique, ya que a menudo nos ayudarán a evitar ingresos y recaídas graves, sobre todo si se toman al notar los primeros síntomas de manía. Observad el poema que escribió un paciente y que reproducimos con su autorización:

Oda al haloperidol

Aplastado, anonadado,
torpe, mineralizado,
compungido, sometido,
cada vez más deprimido,
lento como un caracol,
tomando haloperidol.

Dicen que soy bipolar
y lo tengo que tomar
para bajar esa euforia
que me lleva hasta la Gloria.

Sin embargo, me fastidia
que me venga la desidia
cuando cede la Manía
y regreso al día a día.
Por eso me cuesta tanto
tomarlo como adelanto,
aunque me diga el doctor
que, si no, será peor.
Pero hay que reconocer
que aunque no lo puedo ver
me ha salvado de ingresar
en el Hospital del Mar.

Me cae mejor el litio,
que me coloca en mi sitio,
pero a veces no me basta
y me pongo a gastar pasta,
y a pensar que soy genial,
con lo cual tengo, al final,
que tomarme, al alimón,
«eso» con Akinetón.

Gracias a las treinta gotas
que te dan cuando te alborotas
te evitas muchos problemas,
ni deliras, ni blasfemas,
ni alucinas cosas raras,
ni te compras cosas caras,
ni acabas siendo ingresado
por estar tan exaltado.

Esta sustancia infamante,
indestructible, indignante,
me deja como un pollito
con cara de huevo frito,
el cerebro congelado
y el corazón apagado,
pero al final, es verdad,
que me da la libertad.
En fin, haloperidol,
te odio (pero eres un sol).

Los antipsicóticos se dividen en tres grupos: incisivos (muy eficaces en los delirios y las alucinaciones), sedativos (para la agitación y el insomnio) y atípicos (con menos efectos secundarios). De los incisivos, los más conocidos son el haloperidol y la trifluperazina (Eskazine); de los sedativos, la levomepromazina (Sinogan) y la clotiapina (Etumina); de los atípicos, la quetiapina (Seroguel), la ziprasidona (Zeldex), el aripiprazol (Ability), la clozapina (Leponex), la risperidona (Risperdal) y la olanzapina (Zyprexa). Algunos antipsicóticos pueden darse en forma inyectable de modo que su efecto dure de dos a cuatro semanas, sin necesidad de tomar pastillas cada día. Pueden ser útiles en pacientes que no se toman bien la medicación en casa. Éstos son la flufenazina (Modecate) el zuclopentixol (Cisordinol o Clopixol), o el Risperdal Consta.

Los antipsicóticos denominados *atípicos* han representado una mejora importante en el tratamiento de la enfermedad. Por un lado, mejoran la manía reduciendo la euforia y la hiperactividad, y por otro no «reducen» tanto el estado de ánimo como el haloperidol. La quetiapina (Seroguel) es un tratamiento eficaz para el tratamiento de las bases maníacas, con la ventaja evidente de que tiene pocos efectos secundarios. La clozapina (Leponex) ya se encuentra disponible desde hace unos años y tiene la gran ventaja que no provoca efectos de parkinsonismo (rigidez, temblor, etc.) como los antipsicóticos más antiguos. Aunque el inconveniente es que requiere un análisis de sangre semanal para prevenir el riesgo de agranulocitosis (una enfermedad rara que puede dejar al organismo sin defensas). La risperidona (Risperdal) tiene menos efectos secundarios que el haloperidol, puede utilizarse durante más tiempo tras la mejora de los síntomas de manía para prevenir recaídas. La olanzapina (Zyprexa) tiene la gran ventaja que causa muy pocos efectos de parkinsonismo (por lo general ninguno) y tiene efectos positivos sobre el estado de ánimo, aunque puede producir un notable aumento de peso.

«El hecho de que tome haloperidol hace que esté más cansado, que escriba peor y me tiemblen las manos. Por el contrario, hace que me sienta más seguro: sé que mientras tome

correctamente la medicación es muy probable que no recaiga. Confío mucho en que el avance científico hará que se inventen nuevos medicamentos con más efectos positivos y menos molestias.»

«Cuando compro o hago alguna cosa fuera de lo normal, entonces detecto la euforia y, antes de que la cosa empeore, recurro al haloperidol o al médico.»

MEDICAMENTOS PARA LA FASE DEPRESIVA

Son los denominados, lógicamente, *antidepresivos*. Los hay de tres tipos: tricíclicos (muy eficaces pero con más efectos secundarios y mayor riesgo de precipitar una fase maníaca), IMAO (tienen el inconveniente que son incompatibles con muchos medicamentos y alimentos) y selectivos (descubiertos más recientemente, muy bien tolerados). Ejemplos: la imipramina (Tofranil), la clomipramina (Anafranil) y la amitriptilina (Triptyzol) son tricíclicos; la fenelzina (Nardelzine) es un IMAO; la fluoxetina (Prozac y otros), la paroxetina (Seroxat y otros) y la sertralina (Aremis y Besitran) son selectivos.

Recientemente han salido nuevos medicamentos antidepresivos que pretenden obtener la eficacia de los tricíclicos con pocos efectos secundarios. Actúan tanto por la vía de la serotonina como de la noradrenalina, como la venlafaxina (Vandral o Dobupal).

Los antidepresivos tienen la virtud de hacer que el paciente vuelva a la normalidad cuando sufre una depresión. El inconveniente en el trastorno bipolar es que probablemente aumentan el riesgo de pasar de la depresión a la manía. Por ello no se aconseja tomar antidepresivos si los síntomas de la depresión son leves y tolerables. Un paciente no debería automedicarse con antidepresivos, porque ésta es una decisión muy delicada. Por el contrario, tomar unas gotas de haloperidol por decisión propia puede ser en algunos casos aceptable, ya que si el paciente nota insomnio o aceleración, y su psiquiatra no está disponible, puede depender de pocos días

que la manía sea incontrolable. La depresión, en cambio, es siempre más lenta en ir y venir, y permite decidir con más calma el tratamiento. A menudo, basta con aumentar la dosis del regulador del humor (p. ej., el litio) para mejorar una depresión suave. Cuando la depresión es aguda y puede haber riesgo de suicidio, se requiere un tratamiento antidepresivo. La elección del antidepresivo depende de la experiencia de cada médico y no hay reglas fijas. En general, se opta por los tricíclicos cuando la depresión es grave, y por los selectivos o los más nuevos cuando no lo es tanto. En pacientes con ciclación rápida, quizá deban retirarse los antidepresivos durante un tiempo para evitar la tendencia a facilitar las oscilaciones que conllevan.

«Sé que puede parecer absurdo, pero me costó mucho *aprender a tomar antidepresivos*, básicamente por dos razones. Para empezar, creo que esperaba que el antidepresivo tuviera un efecto similar al de una aspirina o un Gelocatil; te duele la cabeza, te tomas el medicamento y deja de dolerte. Con esta idea, si un día me levantaba muy triste me tomaba dos comprimidos del antidepresivo y, si no, no tomaba ninguno. Por ello, muchas veces dejé de tomar antidepresivos, porque creía que no me hacían ningún efecto... al cabo de dos o tres días de tomarlos. El psiquiatra me explicó que el antidepresivo debe tomarse de forma regular y exactamente como él me lo indicaba, y que su acción no era inmediata. Otro problema que tenía con los antidepresivos era que los efectos secundarios empezaban mucho antes que los efectos positivos y, entonces, durante unos días me sentía incluso peor que antes. Afortunadamente, ahora creo que, por fin, he aprendido a tomar antidepresivos; lo hago tal como me indica el médico, y sé que, si tengo paciencia, al cabo de dieciocho o veinte días de tomarlos empiezo a notar claramente los efectos.»

MEDICAMENTOS PARA LA ANSIEDAD Y EL INSOMNIO

Muchas de las personas que padecen alguna forma de enfermedad bipolar sufren, durante las descompensaciones, sín-

tomas de ansiedad (nerviosismo, inquietud) y dificultades para dormir. A menudo es necesario tratar por separado estos síntomas porque hacen sufrir mucho y pueden mejorar fácilmente con unos medicamentos denominados *benzodiazepinas*, que actúan como tranquilizantes. Los más importantes son el diazepam (Valium), el clorazepato (Tranxilium), el clonazepam (Rivotril), el lorazepam (Orfidal) y el flurazepam (Dormodor), aunque hay muchos. Se toleran bien, pero tienen el inconveniente de que pueden causar dependencia en algunos pacientes, sobre todo si se consumen desordenadamente sin un control médico adecuado.

MEDICAMENTOS PARA CORREGIR LOS EFECTOS SECUNDARIOS

Cuando es inevitable administrar un medicamento que puede provocar efectos secundarios desagradables, suele darse una medicación que permita aliviar estos efectos. Estos es especialmente frecuente en el caso de los antipsicóticos, sobre todo en el del haloperidol. Para evitar los síntomas que imitan la enfermedad de Parkinson, que son muy molestos (aunque reversibles cuando se retira el tratamiento), se dan fármacos antiparkinsonianos, como el biperideno (Akinetón) y el trihexifenidilo (Artane). Estos productos mejoran la rigidez y el temblor. Sin embargo, son tan eficaces para aliviar la acatisia, un efecto secundario muy desagradable que entraña una notable inquietud en las piernas, que hace que el paciente no deje de moverse. Este efecto puede confundirse con la hiperactividad y la aceleración de la manía. En este caso, quizás es más útil una benzodiazepina, un medicamento llamado *propranolol* (Sumial) o la reducción de la dosis del medicamento antipsicótico. Esta decisión siempre debe tomarla el psiquiatra.

Algunos medicamentos, en especial ciertos antidepresivos, pueden causar estreñimiento. La mejor solución en este caso es optar por sustancias naturales ricas en fibra, como el salvado o la celulosa.

«He dejado de tomar la medicación en dos ocasiones. Una porque me obsesioné porque creía que estaba engordando. La otra porque ya no estaba bien. En ambas ocasiones terminé ingresada... ¡tomando más medicación que antes!»

«Bailaba el baile de san Vito; ya no estaba maníaco. Mi psiquiatra me había dado a tiempo treinta gotas de haloperidol y, casi de golpe, había empezado "a bajar". Pero ahora, como dice mi abuela, bailaba el baile de san Vito; tenía una inquietud en las piernas bastante difícil de explicar, no podía estarme quieto y sentado en una silla más de dos minutos. Incluso en la consulta del médico o en el cine debía levantarme constantemente. El psiquiatra me dijo que sufría "acatisia". Yo creía que Acatisia era una población bíblica, pero es un efecto secundario de la mayoría de antimaníacos. El psiquiatra me dio un medicamento llamado *Akinetón*, otro nombre muy divertido, por cierto. Ahora ya no bailo el baile de san Vito.»

«La medicación es mi tabla de salvación. Me ayuda a prevenir las recaídas, a estar más estable. A veces pienso que dependo de la medicación para estar bien, para vivir bien, y no me gusta tener esta dependencia. Pero, en realidad..., ¿quién no depende de alguna cosa? En el fondo también "dependo" del oxígeno, el agua, los alimentos y el afecto de los demás.»

«A veces me paro a pensar que, si hubiera nacido antes de que se inventara la medicación que tomo, si hubiera nacido hace un siglo, por ejemplo, habría sido fatal. Quizás me habría suicidado, como Van Gogh. Quizás me habrían quemado por "poseído". Quizás habría estado psicótico o deprimido toda la vida, o hubiera sido el típico "loco del pueblo". Poder disponer de estos medicamentos es realmente una suerte. Algunos de mis amigos me preguntan si no me siento desgraciado por tener que tomar pastillas toda la vida. Les respondo que me sentiría realmente desgraciado si no pudiera disponer de las pastillas. Espero que nunca se acaben las reservas mundiales de litio.»

TRATAMIENTOS DE BASE FÍSICA

La mayoría de los tratamientos del trastorno bipolar tienen fundamentos químicos, aunque también existen dos tipos de tratamiento basados en fenómenos físicos, como la electricidad o la luz. Son la terapia electroconvulsiva y la fototerapia.

Terapia electroconvulsiva

Debido a su uso abusivo en el pasado y a causa de las ficciones cinematográficas, el tratamiento electroconvulsivo tiene mala fama y está mal visto por la sociedad, aunque se trata de uno de los remedios más eficaces, tanto para la fase depresiva como la maníaca. Se administra bajo anestesia y el paciente no sufre daño. Es un tratamiento muy seguro (incluso más que los fármacos durante el embarazo) y tiene pocos efectos secundarios, sólo algunos problemas de memoria, reversibles con el paso del tiempo. La terapia electroconvulsiva es útil en las fases agudas, pero rara vez se utiliza para la prevención de recaídas, si bien en esta indicación también puede ser útil en algunos casos (p. ej., mediante una sesión mensual o quincenal). La intensidad de la descarga es muy baja, aunque se realiza bajo anestesia para evitar la impresión que puede producir la convulsión. Siempre se pide autorización al paciente y a sus familiares.

Fototerapia

La fototerapia se basa en la observación que muchos pacientes presentan un patrón estacional de recaídas y que les afecta mucho la ausencia de luz (p. ej., al llegar el invierno o los días nublados). La fototerapia tiene una base científica y en algunos países se utiliza bastante. En España y en el sur de Europa en general, se usa poco porque se considera que hace suficiente buen tiempo, aunque ésta no es una razón demasiado convincente. La fototerapia consiste en exponerse a una lámpara de luz blanca de alta intensidad (no sirve una luz de casa), situada a muy poca distancia del rostro durante por lo menos treinta minutos diarios. Es necesario mantener

los ojos abiertos. No sirven las sesiones de luz ultravioleta (UVA) que muchas personas hacen para lucir un color de piel más bonito. Todavía no existen suficientes estudios para saber su eficacia a largo plazo.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Ya hemos visto la importancia de los medicamentos en el tratamiento del trastorno bipolar. Podemos afirmar, sin ser demasiado atrevidos, que los fármacos son absolutamente imprescindibles para mantener la enfermedad asintomática. Aun así, a veces el paciente requiere algo más que la medicación, no sólo para no tener más episodios, sino para mejorar la calidad de vida, aceptar la enfermedad y aprender a convivir con ella, borrar los residuos de los episodios depresivos, mejorar la autoestima, controlar el estrés y, sobre todo, aprender a reconocer y prevenir la aparición de un nuevo episodio. En este caso, añadir un tratamiento psicológico al tratamiento médico puede resultar de gran utilidad. Sin embargo, es necesario matizar que no todos los tratamientos psicológicos son igualmente adecuados para un individuo con trastorno bipolar. Hasta ahora, todavía no se ha demostrado la eficacia de terapias como el psicoanálisis, el análisis transaccional, la terapia racional-emotiva, el psicodrama, la terapia gestáltica, etc. en la prevención de recaídas, si bien puede tratarse de terapias útiles para otro tipo de problemas. Por el contrario, se ha demostrado la utilidad de la psicoeducación basada en los modelos médico y cognitivo-conductual, obviamente junto con el tratamiento farmacológico, en la prevención de recaídas y para ayudar al paciente a conocer mejor la sintomatología.

Los hallazgos realizados durante la segunda mitad del siglo XX sobre los fundamentos orgánicos de la enfermedad bipolar dejan sin sentido, en lo que respecta a los pacientes bipolares, todas aquellas terapias psicológicas no basadas en el funcionamiento psicobiológico de la enfermedad. A principios del siglo XXI resulta casi ridículo angustiar al paciente bipolar con

términos equívocos como *trauma infantil*, *malas relaciones con el padre*, *vivencia del yo*, o el altisonante *crecimiento personal*. La estabilidad del estado de ánimo y el mantenimiento de la calidad de vida son el auténtico crecimiento personal para el paciente bipolar.

La psicoeducación, que puede realizarse individualmente o bien en grupo, tiene por objetivo proveer al paciente de las técnicas y recursos necesarios para convivir con la enfermedad. Deberían constituir puntos básicos en cualquier programa de psicoeducación:

- El conocimiento de la enfermedad.
- Aprender las características básicas (efectos terapéuticos y secundarios) del tratamiento farmacológico. Mejorar el seguimiento del tratamiento.
- El entrenamiento en el reconocimiento de síntomas y signos de recaída.
- El aprendizaje de recursos para intervenir de manera precoz ante una recaída.
- El dominio de un patrón de hábitos de conducta (sueño, trabajo) que facilitan permanecer sin síntomas.
- La detección y modificación de pensamientos inadecuados respecto de la enfermedad.
- Aprender a reconocer y controlar situaciones estresantes.

Seguir un tratamiento psicológico orientado específicamente al trastorno bipolar da al paciente la posibilidad de disponer de un espacio propio donde abordar sus angustias, tanto en relación con la enfermedad como con otros aspectos de su vida, ya que no hay que olvidar que una persona bipolar tiene, además de los problemas relacionados con la enfermedad, otros problemas más cotidianos como los que podemos tener cualquiera de nosotros.

La psicoterapia es un buen complemento de la medicación, pero nunca puede sustituirla. La ayuda de un buen profesional de la psicología puede representar alcanzar una seguridad y autoconfianza reales, no las que proporcionan las fases de manía o hipomanía, que se pierden con rapidez con la depre-

sión. La terapia de grupo tiene la ventaja que facilita la socialización y conocer a personas con problemas similares, que pueden comprender mejor que nadie las vivencias emocionales del afectado. La terapia individual tiene la ventaja que permite centrar más la atención en los problemas específicos del afectado.

«Durante mucho tiempo busqué la solución dentro de mí; una de las pocas cosas que me dijo el psicólogo que me visitaba entonces –que, por cierto, hablaba muy poco– era que quizás arrastraba alguna deuda pendiente con mi padre, que en paz descanse. Yo no creía que tuviera ninguna deuda pendiente con mi padre, pero si lo decía el psicoanalista… Éste tenía que conocerme por fuerza; llevaba dos años viéndome dos veces por semana. Lo cierto es que, con factura impagada con mi padre o no, seguía presentando depresiones periódicas. Seguí así hasta que leí un libro de una psicóloga norteamericana, la doctora Jamison, y me di cuenta de que a mi me ocurría lo mismo que a ella: era bipolar. Mi psicólogo –el que hablaba poco– no estaba de acuerdo conmigo. Durante un tiempo me visité con un psiquiatra, que me daba un antidepresivo y litio, y con el psicoanalista, que cada vez hablaba menos (quizás se estaba deprimiendo él también). Al final, opté por pedir al médico que me recomendara otro psicólogo porque, por un lado, veía que aquél ya hacía tiempo que no avanzaba ni entendía nada (a pesar de que al principio me había ayudado mucho) aunque, de todos modos, estaba convencido de que –aparte de la medicación– me hacía falta orientación psicológica. Ahora veo a un psicólogo que habla bastante –a veces incluso demasiado– y me ayuda a entender mi enfermedad y a organizarme un poco los pensamientos. Gracias a ello me estoy conociendo a mí mismo. Y quizás no tengo nada pendiente con mi padre…»

Recursos asistenciales

La asistencia al trastorno psiquiátrico grave ha cambiado mucho en España en los últimos quince años, y es previsible y deseable que, en un futuro, siga avanzando hacia una comprensión de la enfermedad mental que tenga en cuenta tanto los aspectos médicos –dando la prioridad a la asistencia psiquiátrica del paciente más grave–, como los psicológicos –facilitando el acceso del enfermo bipolar a un tratamiento psicoterapéutico de calidad, orientado específicamente a su trastorno, dada su particularidad y complejidad– y sociales –con respecto tanto a gastos destinados a pensiones de invalidez como a recursos en forma de centros que puedan acoger al paciente bipolar y hacerse cargo de él en aquellas fases de la enfermedad en que la familia *se queda corta*, o bien cuando el paciente no está lo suficientemente bien para reincorporarse a su trabajo, pero es necesario que se mantenga mínimamente activo. Con esta finalidad se elaboró la reforma psiquiátrica de 1985, que representa un avance decisivo. La sectorialización de los recursos asistenciales permitía a todo el mundo el acceso, tanto en el aspecto económico como geográfico, a una psiquiatría de calidad. La vigencia de los objetivos de dicha reforma es ahora más sólida que nunca, aunque al mismo tiempo se plantea la necesidad de nuevas mejoras, sobre todo por lo que respecta a ganar en *especificidad asistencial*, es decir, que cada enfermo reciba la atención de auténticos especialistas en su enfermedad ya que, visto el espectacular avance científico y farmacológico de la psiquiatría durante las dos últimas décadas, cada vez es más improbable la existencia de la figura del psiquiatra o psicólogo *generalista* que sabe un poco de todo, y, del mismo

modo que en su momento fue necesario dividir la medicina en especialidades, quizás ahora ha llegado el momento de poner en marcha equipos de trabajo destinados exclusivamente a determinadas enfermedades que, por su gravedad o complejidad terapéutica, requieren un tratamiento y atención cualitativamente diferentes del resto. Crear un plan de atención y asistencia específico para el enfermo bipolar es, sin embargo, un objetivo complicado, ya que implica ciertas reformas estructurales de difícil control. Aunque esta mirada ambiciosa hacia el futuro no debe hacer que menospreciemos los actuales recursos asistenciales que permiten un acceso a la salud rápido, libre, público e incomparablemente mejor que hace unos años.

ACTUALMENTE, ¿DE QUÉ RECURSOS ASISTENCIALES DISPONEMOS?

El estado español tiene en la actualidad la suerte de disponer de recursos asistenciales públicos y de calidad para cada fase de la enfermedad, si bien es necesario añadir que en número quizás insuficiente que propicia las ya famosas e inacabables *listas de espera* que, eso sí, priorizan siempre al enfermo más grave. En cuanto a las personas que sufren un trastorno bipolar, los siguientes son algunos de los recursos a los cuales podrá –o deberá– acceder en función de su evolución clínica:

1. *El Centro de Asistencia Primaria en Salud Mental.* El centro de salud mental (CSM) se encarga de ofrecer al ciudadano una atención ambulatoria sectorializada, para que el paciente no tenga que recorrer grandes distancias a la hora de recibir un correcto seguimiento de su trastorno. El CMS constituye el auténtico eje alrededor del cual giran la mayor parte de los demás recursos. La función básica del CSM es ofrecer un seguimiento regular del paciente por parte de un equipo multidisciplinar formado por el psiquiatra, el psicólogo, el trabajador social y el profesional de enfermería. En el CSM el paciente recibe el diagnóstico

de su trastorno a partir de la entrevista psiquiátrica, que puede complementarse con evaluaciones psicométricas. Después se le da un tratamiento farmacológico, psicológico o una combinación de ambos, que se revisa con regularidad. En el caso que sea necesario, recibe el asesoramiento de un trabajador social que le facilitará el acceso a los distintos recursos (pensiones, centro de día, pisos protegidos, asistencia domiciliaria). El CSM también se encarga de facilitar, siempre que sea necesario, el acceso del paciente a los demás recursos asistenciales.

2. *Los servicios de urgencias.* El servicio de urgencias se encarga de atender al paciente en situaciones de crisis fuera del horario del CSM, o en situaciones concretas y de difícil manejo desde el CSM (pacientes agitados o gravemente descompensados). Aquí se decidirá ingresar al paciente o bien modificar el tratamiento de manera provisional hasta que el paciente pueda acudir a su CSM.
3. *La unidad de agudos.* Es donde se llevan a cabo los ingresos de corta estancia, en los casos en que el paciente lo requiere y cuando se prevé que el ingreso no durará más de dos o tres semanas. Las unidades de hospitalización también están sectorializadas y, por tanto, el paciente no puede elegir en cuál quiere ingresar, sino que se le asigna una en función del domicilio que conste en su DNI.
4. *La unidad de estancia media.* Los ingresos de hasta tres meses de duración se llevan a cabo en la unidad de estancia media donde, paralelamente al tratamiento farmacológico indicado para remitir el episodio, se inicia, si cabe, el programa de rehabilitación psicosocial pertinente, para facilitar la reincorporación del paciente a la sociedad cuando se le de el alta.
5. *La unidad de estancia prolongada.* En casos especialmente graves, o con escasas posibilidades de reincorporarse de manera normal, se hace necesaria la hospitalización a largo plazo, que puede oscilar desde algunos meses hasta un período indefinido. Los centros de estancia prolongada se ocupan tanto del tratamiento farmacológico como de las actividades que permitan al paciente mejorar su calidad de vida.

6. *El hospital de día.* El hospital de día con capacidad para atender la complejidad de los trastornos bipolares es quizás una de las asignaturas pendientes de la sanidad pública española. Los hospitales de día son el paso inmediato para pacientes que han estado ingresados, pero que, una vez están lo bastante compensados para no requerir hospitalización, aún no están del todo bien para reincorporarse a la vida cotidiana. Los hospitales de día, tal como su nombre indica, asumen las mismas funciones que las unidades de hospitalización, si bien el paciente pasa la noche en casa; de esta forma se facilita el retorno progresivo y menos traumático a su entorno habitual. Los hospitales de día se encargan de supervisar la administración de la medicación en pacientes que, a causa de su situación clínica, aún corren el riesgo de no llevar a cabo un correcto seguimiento del tratamiento. La participación en diversas psicoterapias rehabilitadoras de determinadas funciones psicosociales, o enfocadas a mejorar aspectos concretos de la enfermedad, debe ser otra de las posibilidades que el hospital de día ofrezca a sus usuarios. Cabe decir que, actualmente, este servicio aún no está –en España– acostumbrado a trabajar con pacientes bipolares y, por ahora, la población usuaria de este tipo de centros suele estar compuesta, sobre todo, por personas con un diagnóstico de esquizofrenia.
7. *Los centros de día.* Los centros de día tienen como función específica la rehabilitación sociolaboral del paciente; tienen un funcionamiento similar a los hospitales de día, si bien es cierto que los centros de día están pensados para tratamientos a largo plazo, en pacientes compensados pero con dificultades de reinserción en el mundo laboral. El centro de día es el recurso más adecuado para aquellos pacientes especialmente afectados por una sintomatología de tipo apático/amotivacional o con dificultades en la regularidad horaria, debidas a la enfermedad y que afectan de manera decisiva a su curso. En el centro de día, el trabajo constituye la mejor herramienta terapéutica para restablecer determinadas rutinas en el paciente bipolar.

8. *Los pisos asistidos.* Este tipo de recurso apenas ha empezado a introducirse en nuestro país en los últimos años y, de momento, son muy pocos los enfermos bipolares que pueden aprovecharse de él. En los pisos asistidos, el paciente convive con tres o cuatro personas con una situación parecida a la suya; la enfermedad que sufren (por lo general trastornos bipolares graves y, sobre todo, esquizofrenia) les impide trabajar con normalidad y gozar de una vida absolutamente autónoma, pero están capacitados para algo más que para pasar el resto de sus vidas en una institución psiquiátrica. En el piso asistido, el paciente lleva una vida casi normal y recibe ayuda de un monitor que se encarga de ayudarle y asesorarle en aquellas tareas que le suponen más dificultades. El programa de los pisos asistidos suele complementarse con un programa de trabajo protegido; ello permite al paciente un funcionamiento aceptable, tanto en lo que respecta a la adaptación laboral como a la autonomía personal.
9. *Otros recursos.* La red de salud ofrece a sus usuarios muchos otros recursos que, por sus características, no suelen requerir los pacientes bipolares, pero que, de todos modos, se hallan disponibles para ellos:

- *Residencias*: son centros de estancia prolongada donde el paciente convive con un grupo de entre diez y veinte personas. Suelen estar indicadas para pacientes graves, que no consiguen recuperarse por completo de la sintomatología y a los que ésta, al mismo tiempo, les impide ser autónomos.
- *Asistencia domiciliaria*: suele ser de carácter temporal y ha empezado a introducirse recientemente en nuestro país. Está especialmente indicada para pacientes con pocas posibilidades de apoyo familiar. El paciente recibe diariamente la visita de un profesional encargado de vincularle a otros recursos asistenciales (p. ej., acompañándole en las visitas al psiquiatra) o ayudarle a superar determinadas dificultades de la enfermedad (seguimiento del tratamiento farmacológico, desorganización conductual).

Cuestiones legales

El trastorno bipolar puede motivar comportamientos inadecuados, sobre todo en las fases de manía, que suscitan cuestiones legales de importancia. Por ejemplo, un paciente que trabajó durante años en una empresa, sin ningún tipo de contratiempo, presentó una fase maníaca en la que llegó a la certeza de que existían muchas posibilidades de incrementar los beneficios de la empresa y su prestigio en ella. El modo de conseguirlo era invirtiendo en un negocio del cual le había hablado un amigo. Puesto que se hallaba en una fase de euforia, no tuvo en cuenta los riesgos de la operación y asumió funciones que no le eran propias; así, desvió una importante suma de dinero hacia la empresa de su amigo, que resultó menos fiable de lo que él creía: en poco tiempo el dinero se había esfumado y su empresa presentado una denuncia por desfalco. Aunque la intención del paciente no era enriquecerse o estafar a su empresa, es evidente que cometió un delito y pecó de ingenuidad. Afortunadamente, la ley contempla la posibilidad de que una enfermedad mental interfiera o anule la capacidad de juicio de un sujeto y, en este caso, las consecuencias no fueron tan graves como cabría temer. Por el contrario, muchos pacientes bipolares han perdido el trabajo, la custodia de sus hijos e incluso han recibido condenas importantes por hechos cometidos durante una fase maníaca o hipomaníaca. En muchos aspectos, la conciencia social sigue siendo poco sensible a los problemas de personas con trastornos psíquicos. La mayoría de ciudades de España disponen de al menos un juzgado dedicado en exclusiva a los aspectos médicolegales de las enfermedades mentales. Lamentablemente, la falta de medios no siempre permite actuar con la celeridad necesaria y deseada.

IMPUTABILIDAD

La imputabilidad es la capacidad de ser culpable de un delito por haberlo cometido conscientemente. Si un paciente gravemente maníaco comete una infracción en una situación en que su capacidad de razón se halla anulada por completo y no es capaz de diferenciar el bien del mal, se dice que el delito es «inimputable». Se le absolvería de la acusación y se decretaría su ingreso en un hospital hasta que recuperase la razón. De hecho, estos casos son excepcionales: primeramente, porque la supuesta peligrosidad asociada a las enfermedades mentales es más un mito que una realidad, a pesar de que hay excepciones; y en segundo lugar, porque lo más habitual es que los actos cometidos se acompañen de cierto grado de conciencia moral. Por eso el juez no se limita a solicitar el diagnóstico del paciente, sino que también solicita la opinión de los peritos respecto a si cometió el delito conociendo, en parte, las consecuencias.

PRODIGALIDAD

Se entiende como tal una conducta desajustada que hace que una persona malgaste su patrimonio y el de su familia sin ser consciente de las consecuencias. La prodigalidad constituye uno de los principales problemas jurídicos que plantea la manía. Por ejemplo, un paciente maníaco llegó a comprar diecisiete coches en menos de un mes, porque confiaba en su capacidad de recuperar el dinero con la reventa. Otro arruinó a su familia haciendo donativos y obras de caridad. Muchos padres con un hijo bipolar se preguntan cómo se las arreglará su hijo cuando ellos no puedan controlarle el dinero, que malgasta sin ningún tipo de contención. El comportamiento pródigo está contemplado por la ley, de modo que, si es necesario, puede hacerse intervenir a un juez para proteger al paciente de las consecuencias económicas de su enfermedad. El juez deberá mantener siempre un equilibrio exquisito entre el respeto a la libertad del individuo y la protección de sus bienes, en caso de sospecha fundada de enfermedad

mental activa. Si un paciente es consciente de su tendencia a la conducta pródiga cuando está descompensado, lo mejor que puede hacer es imponerse mecanismos de autocontrol o facilitarlos a la familia mientras está estable. Por ejemplo, renunciar a disponer de tarjetas de crédito o imponerse límites de disposición de capital de su cuenta. La figura legal que permite a una segunda persona supervisar los gastos del enfermo es la curaduría, de la que hablaremos más adelante.

INCAPACIDAD

La incapacidad se declara cuando una persona sufre una enfermedad que le impide gobernarse a sí misma. En el caso del trastorno bipolar, la incapacidad puede limitarse a períodos concretos de la enfermedad (las descompensaciones), ya que no se trata de un proceso irreversible. La incapacidad es un figura legal destinada principalmente a proteger al paciente de las consecuencias de su enfermedad. Por ejemplo, la incapacitación permite obligar a un paciente a pasar un examen psiquiátrico-forense para determinar si requiere un ingreso hospitalario cuando éste se halla gravemente descompensado y sin conciencia de estar enfermo. Naturalmente, la incapacidad la decide siempre únicamente el juez, ni la familia ni el médico. La incapacidad nunca debería ser un motivo de restricción de la libertad del sujeto, sino, todo lo contrario, una protección de sus derechos (como el derecho a recuperar la salud). Por lo general al declarar incapaz a una persona se nombra un tutor, que puede ser un familiar o una asociación de ayuda a enfermos mentales.

CURADURÍA

La curaduría es una restricción parcial de la capacidad que se concentra en aspectos económicos. Se aplica a casos de prodigalidad y sirve para evitar que una persona dilapide su capital o propiedades por el hecho de padecer un trastorno mental. La persona designada para supervisar la conducta

pecuniaria del paciente se denomina *curador* (en el sentido de tener cuidado de algo, no de sanar). Una vez más, esta figura legal se dirige a ayudar al paciente, no es irreversible, y nunca debería entrañar una restricción de la capacidad de obrar cuando el paciente está sano.

DERECHOS DEL ENFERMO

Los derechos de cualquier persona afectada por un trastorno mental parten, en primer lugar, de los derechos humanos. Entre éstos se encuentra el derecho a la salud y a disponer de todos los medios necesarios para protegerse de enfermedades y recibir tratamiento en caso de padecerlas, el derecho a no ser discriminado por la misma razón y a recibir la información necesaria sobre la enfermedad y sus complicaciones. Cualquier intervención médica que conlleve una limitación parcial o total de la libertad del afectado siempre deberá llevarse a cabo con un motivo justificado, por decisión del juez y siempre teniendo en cuenta en primer lugar el bien del enfermo, por encima del de la familia o la sociedad.

PRESTACIONES ECONÓMICAS

La aparición de una enfermedad, física o psíquica, en un adulto que trabaje y cotice a la Seguridad Social, da derecho, en función de los años y la base de cotización, a recibir una prestación económica en concepto de baja laboral y, en caso de que la enfermedad se prolongue, en concepto de invalidez. Para tener derecho a la paga por baja o invalidez es necesario, por lo tanto, estar dado de alta en la Seguridad Social, haber cotizado el tiempo necesario y que la enfermedad sea lo bastante grave para impedir el desarrollo de la actividad laboral que se realizaba. Si la enfermedad ya existía con anterioridad al alta a la Seguridad Social, tendría que demostrarse un empeoramiento sustancial que justificara la prestación. El trastorno bipolar, como cualquier enfermedad física moderada o grave, puede ser motivo de baja o

invalidez, siempre que quede claro que la persona no puede realizar su trabajo a causa de la enfermedad. Por lo tanto, no basta con el diagnóstico, sino que debe demostrarse la incapacidad real para trabajar. Normalmente, no hay problemas para obtener una baja laboral durante una recaída; basta una nota del psiquiatra que atiende al afectado que indique al médico de cabecera que el paciente está mal y necesita la baja hasta su recuperación. Cuando ésta tiene lugar, es conveniente reincorporarse al trabajo, a no ser que éste sea muy estresante y favorezca las recaídas. En este caso, o si la recuperación de la crisis no es completa, la baja puede prolongarse o, incluso, puede plantearse la posibilidad de solicitar una invalidez, que primero será provisional, y, si la situación no cambia, más adelante será definitiva. Para un paciente bipolar que está acostumbrado a trabajar, la invalidez puede ser contraproducente, ya que la ventaja de asegurar el futuro económico y evitar el estrés del trabajo es, a veces, inferior al riesgo de hallarse inactivo. Siempre que esté indicado solicitar la invalidez, el psiquiatra deberá sopesar, junto con el paciente y su familia, la conveniencia de tramitarla o no. Muchas veces, en cambio, está claro que el paciente tiene que trabajar, o, al contrario, que no tiene posibilidades de reincorporarse. La invalidez puede ser relativa (para el trabajo que se ejercía) o absoluta (para cualquier tipo de trabajo). La segunda entraña una prestación económica un poco superior.

Para los pacientes que, por su juventud o por la gravedad y precocidad de la enfermedad, nunca han estado de alta en la Seguridad Social y, por lo tanto, no tienen derecho a baja o invalidez, puede solicitarse una paga no contributiva por invalidez psíquica. Se trata de una paga muy reducida, de unos 200 euros; además, para poder acceder a ella debe acreditarse un grado muy importante de incapacidad. El grado de invalidez lo determina una unidad de Valoración de Enfermos Mentales, que otorga un porcentaje de discapacidad. Según este porcentaje, puede tenerse acceso a la paga no contributiva, o bien a la exención de pago de medicamentos, transportes públicos o descuentos fiscales. Se supone que

para los discapacitados más leves deberían existir puestos de trabajo en las empresas que, a cambio, gozan de ventajas fiscales. Pero no parece que por ahora esto sea muy frecuente, y hay muchas personas que no están tan mal como para que se las considere discapacitadas ni lo suficientemente bien para acceder a un trabajo, debido a la actual competitividad. Algunos pacientes, que consiguen recuperarse después de estar mal durante los años críticos en que suele accederse a un puesto de trabajo, se encuentran con el problema que ya son mayores para lo que solicitan las empresas y, por otro lado, no tienen la experiencia de los individuos de su edad. Evidentemente, la autoestima de estas personas está marcada por la dificultad de la sociedad actual para facilitarles una incorporación laboral que, de hecho, redundaría en beneficio de todos.

Asociaciones y grupos de ayuda mutua

En los últimos años, en los países más avanzados se han creado asociaciones de personas afectadas por un problema común, como puede ser esta enfermedad, para tener más fuerza ante la administración a la hora de pedir recursos y defender los derechos de los afectados. Existen asociaciones para diabéticos, enfermos de Alzheimer, esclerosis múltiple, etc. ¿Y por qué no una asociación de bipolares? Desde 1994 existe la primera asociación de personas afectadas directa o indirectamente por la enfermedad bipolar del Estado Español: se trata de la Asociación de Bipolares de Cataluña (ABC). La ABC está formada por un grupo de pacientes y sus familiares que, conscientes de la trascendencia de una buena información, comprensión y apoyo para el curso favorable de esta enfermedad, decidieron unir sus esfuerzos en una tarea social sin fines lucrativos. Gracias a un buen asesoramiento médico, la ABC tiene como objetivo facilitar información y ayuda a los afectados, en especial en aquellos casos en que la enfermedad se halla en su inicio y tanto el paciente como su familia establecen contacto por primera vez con los servicios de salud. El testimonio de otros pacientes, que hacen vida normal y aceptan sin reticencia el diagnóstico y la necesidad de tratamiento farmacológico, es de extraordinario valor para quien ha recibido recientemente el impacto de la enfermedad. Para aquellos que hace tiempo que la sufren, la ABC es también un punto de apoyo y de encuentro con personas que pueden entender que, en un momento dado, uno se sienta excesivamente sociable y hablador, o bien triste y arisco. La creación de la ABC representó en su momento una pequeña revolución local en la

manera de enfocar el tratamiento de esta enfermedad. Se pedía una psiquiatría que huyera del oscurantismo, que proporcionara información contrastable sobre la enfermedad y que facilitara el contacto entre afectados con la posibilidad de compartir experiencias. La verdad es que, a excepción de algunos casos, la respuesta de la psiquiatría catalana fue muy positiva. Posteriormente, la experiencia se extendió a otras zonas de Cataluña y el resto de España, como Manresa, Sabadell, Girona, Reus, Madrid, el País Vasco, Valencia y Galicia.

¿Y por qué una asociación de bipolares? Primero, porque esta enfermedad es probablemente la que más se beneficia de un tratamiento psiquiátrico correcto: se dispone de tratamientos para la fase maníaca, la fase depresiva y la prevención de ambas. En segundo lugar, por su elevada frecuencia, cerca del 4 % de la población. En tercer lugar, por la falta de información generalizada, que comporta falta de interés y recursos por parte de la Administración, y atrasos en la búsqueda de asistencia médica por parte de los afectados o de sus familiares. Por todos estos motivos, es necesario acercar el conocimiento de la enfermedad, que avanza cada día con nuevas aportaciones científicas, a la sociedad. Los grupos y las asociaciones de pacientes y familiares proporcionan un apoyo inestimable a aquellos que contactan por primera vez con la sanidad por un problema de este tipo: informan de los recursos disponibles, desmitifican el concepto de enfermedad mental y aportan el testimonio directo de quien ha padecido las consecuencias del trastorno y ha superado, con realidad y tratamiento terapéutico, las fase iniciales de desconcierto.

Las principales actividades que llevan a cabo las asociaciones de bipolares son: reuniones periódicas de afectados (enfermos y/o familiares); conferencias de expertos (no sólo psiquiatras, sino también psicólogos, abogados, asistentes sociales, políticos, etc.); edición de revistas (con información y contribuciones de afectados); fomento de la divulgación y la investigación sobre la enfermedad; mejora de la red social de los afectados mediante tertulias semanales, excursiones y fiestas; mejora de la accesibilidad a los recursos públicos;

información puntual y comprensiva sobre novedades científicas relacionadas; grupos de ayuda mutua; apoyo emocional a los pacientes descompensados; detección precoz de recaídas e interacción con grupos similares de otros países.

ASOCIACIONES DE AFECTADOS

En España

Associació de Bipolars de Catalunya
Tel.: (34) 932 749 338/934 274 422
Web: http://www.bcn.es/tjussana/bipolars
e-mail: cen00abc@jazzfree.com

Asociación Bipolar de Madrid
Tel.: (34) 913 195 260

Asociación Guipuzcoana de familiares y enfermos psíquicos
Tel.: (34) 943 474 337

Asociación Valencia de Trastorno Bipolar
Tel.: (34) 963 841 211
e-mail: AVTBipolar@eresmas.com

En Chile

Agrupación de Pacientes Bipolares
Tel.: 2690601

En Argentina

FUBIPA. Fundación Bipolar de Argentina
Tel.: 4801-2994

En México

AMATE Asociación Mexicana de Trastorno Bipolar
Web: http://www.amate.org.mx
e-mail: amtbipolar@infosel.net.mx

En Venezuela

Fundación del Paciente Bipolar
e-mail: bipolarven@hotmail.com

En Colombia

Asociación Colombiana contra la Depresión y el Pánico (Asodep)
Tels.: 5301170 - 6113202

¿Cómo afecta el estrés al trastorno bipolar?

Definimos el estrés como una serie de cambios poco específicos que se producen en el organismo ante situaciones que la persona valora como complicadas o conflictivas. Estos cambios son desde dolores de cabeza, dolores de barriga e insomnio, hasta dificultades para concentrarse, ansiedad, agotamiento físico o disminución del rendimiento.

El estrés se produce cuando el cuerpo no está preparado para afrontar las demandas que exige una situación que puede ser puntual (exámenes, nacimiento de un hijo) o bien existe desde hace tiempo (situación familiar conflictiva, demasiadas horas de trabajo).

Las situaciones de estrés sostenido pueden tener consecuencias negativas para la persona que sufre un trastorno bipolar, de modo que pueden llevar a una descompensación a través de dos vías:

- *Directa:* el estrés sostenido produce un desequilibrio hormonal que puede provocar una descompensación.
- *Indirecta:* el estrés actuaría negativamente en aspectos como el sueño, de manera que el insomnio terminaría produciendo una recaída.

El estrés no es la causa del trastorno bipolar, pero es evidente su participación como desencadenante de episodios. Además, cuando nos referimos al estrés no sólo consideramos fuentes de estrés negativas, como estar en el paro, perder a un familiar, divorciarse, sino que acontecimientos positivos como casarse, un ascenso en el trabajo o cambiar de domicilio

podrían conducir a una recaída. Por otro lado, tampoco hay ninguna relación directa entre el signo del acontecimiento (positivo o negativo) y el tipo de episodio; así pues, por ejemplo la muerte de una persona a la que queremos podría comportar un «duelo maníaco» (estado en que puede manifestarse euforia, aumento de la actividad, aceleración del pensamiento, gastos excesivos...), en lugar de una depresión.

La prevención de acontecimientos o situaciones estresantes no es siempre posible; por lo tanto, resultará indispensable aprender a identificar probables situaciones de riesgo y probar de modular las reacciones ante ellas, teniendo en cuenta que la salud es prioritaria. Procurad no hinchar los problemas, no les deis más importancia de la que realmente tienen; por ejemplo, suspender un examen no es el fin del mundo. Para controlar el estrés pueden ser útiles algunas técnicas psicológicas, como las técnicas de relajación o entrenarse en la resolución de problemas, lo que amplía los recursos para afrontar las dificultades y facilita la toma de decisiones.

El estrés crónico, sostenido durante un tiempo prolongado, podrá controlarse mejor si procuráis mantener un estilo de vida adecuado, vigilando los hábitos de sueño, alimentación y actividades, tal como ya anunciábamos anteriormente.

En general, las situaciones de estrés terminan por llevar a lo que conocemos como *síndrome general de activación* y que consta de tres fases:

1. *Fase de alarma*: conlleva la aparición de una serie de sensaciones, como por ejemplo tensión muscular, sudor, dificultades para respirar, nerviosismo..., que facilitan los recursos para una posible actuación. Si termina por superarse la situación estresante, desaparecen estas sensaciones; si no, se pasa a la fase 2.
2. *Fase de resistencia*: supone una activación menor que en la fase anterior, pero superior a la normal. Si no se supera la situación estresante se pasa a la fase 3.
3. *Fase de agotamiento*: el cuerpo agota sus recursos y pierde de manera brusca su capacidad de activación.

Las situaciones estresantes pueden actuar como factores desencadenantes de recaídas en los pacientes bipolares. Los factores estresantes precipitan un primer episodio en el 45-75 % de los casos y siguen siendo variables de peso en posteriores descompensaciones en el 13-56 % de los casos. Por lo tanto, el primero o los primeros episodios de la enfermedad se relacionan con más frecuencia con factores estresantes que las recaídas posteriores. Sin embargo, algunos pacientes son más proclives que otros a descompensarse ante situaciones generadoras de estrés.

Debe procurarse reducir el impacto de los factores estresantes siempre que no puedan evitarse, para lo cual es muy útil aprender técnicas para el control del estrés.

Técnicas para el control del estrés

RESPIRACIÓN CONTROLADA

La respiración se vuelve demasiado rápida en situaciones de estrés o tensión. Si se respira así de manera prolongada, pueden aparecer sensaciones somáticas o físicas desagradables (exceso de sudor, aceleración del corazón, sensación de mareo, sequedad de boca...). Por el contrario, la respiración controlada consiste en respirar de una manera más lenta y regular, ampliar la capacidad pulmonar y aumentar así la resistencia a la fatiga. Se utiliza para afrontar la ansiedad y, en general, reducir síntomas asociados a ésta.

Si bien este ejercicio puede parecer difícil, con práctica y perseverancia pasará a ser más fácil:

1. Sentaos en un lugar tranquilo donde no puedan interrumpiros, adoptad una posición cómoda, cerrad suavemente los ojos y poned una mano sobre el pecho y la otra sobre el ombligo.
2. Inspirad por la nariz contando mentalmente hasta tres (1-2-3) conduciendo el aire hacia el estómago. Para saber si lo estáis haciendo correctamente, observad como se eleva la mano que está sobre la barriga. Procurad no levantar los hombros ni mover prácticamente el pecho.
3. Espirad el aire muy lentamente, contando muy despacio hasta seis (4-5-6). La barriga volverá a su posición inicial. Haced una pausa de dos segundos (7-8) y volved a inspirar, de modo que se establezca un ritmo de 8-10 respiraciones por minuto.

Contad por dentro y lentamente hasta llegar a ocho, y marcad así cada ciclo respiratorio. Con diez minutos diarios de respiración controlada conseguiréis reducir progresivamente la tensión física o emocional. Posteriormente puede generalizarse la práctica de esta técnica a otras situaciones, por ejemplo mientras vais por la calle o cuando estéis más inquietos.

En el momento de expulsión del dióxido de carbono, repetid mentalmente alguna palabra tranquilizadora («tranquilo», «calma», «relax»...); notaréis como vais eliminando tensión. Concentraos en las sensaciones de relajación que experimentáis con la espiración. A medida que practiquéis esta estrategia, conseguiréis una respiración más lenta y regular.

RELAJACIÓN PROGRESIVA

Aprender a relajarse es fundamental para disminuir la ansiedad ante situaciones estresantes o incluso cuando la persona experimenta angustia o inquietud, síntomas presentes durante los episodios de depresión y manía. Esta estrategia será especialmente útil para reducir la aceleración mental y/o motora propia de los estados de euforia, así como para que ceda la sobreestimulación ambiental (exceso de ruidos, luz, gente...).

La relajación progresiva de los músculos se basa en la idea de reducir tensión muscular y producir, de esta forma, una sensación de bienestar corporal, en principio incompatible con la ansiedad o el estrés mental. Con esta técnica inventada por el médico norteamericano E. Jacobson se han conseguido resultados sorprendentes en el tratamiento, no sólo de la tensión muscular, sino también del insomnio, la hipertensión, la fatiga, la tortícolis o el dolor de espalda, los espasmos musculares...

La finalidad de esta técnica es aprender a reconocer y diferenciar las sensaciones musculares asociadas a tensión y relajación; éste será el primer paso para saber cómo relajarse.

Seleccionad un buen momento, lugar y postura, preferiblemente tumbados. Procurad evitar distracciones y cerrad los ojos con suavidad.

Debéis tensar cada grupo muscular durante unos cinco segundos y después debéis relajar lentamente aquella misma área durante unos veinte segundos, mientras os concentráis en la diferencia de sensaciones entre tensión y relajación. Cuando una zona esté en tensión, debéis intentar mantener relajados los otros grupos musculares. Procurad no tensar demasiado los músculos porque en lugar de relajaros sentiréis dolor:

1. *Mano y antebrazo*: apretad el puño, haciendo presión de manera que notéis tensión en los dedos y el antebrazo; después haced precisamente lo contrario, relajad esta zona. Haced en primer lugar el ejercicio con la mano derecha y después con la izquierda.
2. *Bíceps*: doblad los codos acercando las manos a los hombros, después relajad los músculos. Otra opción sería hacer presión con los codos sobre la superficie donde estéis tumbados.
3. *Frente*: tenéis que levantar las cejas de manera que notéis tensión en la frente, relajaos.
4. *Ojos*: cerrad los ojos con fuerza, después dejadlos cerrados suavemente.
5. *Mandíbulas*: apretad los dientes con fuerza, libraos de la tensión, y dejad la boca ligeramente abierta.
6. *Cuello:* haced presión con la barbilla contra el pecho, notad tensión en los músculos del cuello y después relajaos.
7. *Pecho, hombro y espalda*: haced una inspiración profunda al mismo tiempo que encogéis los hombros como si quisierais tocar con ellos las orejas, retened el aire cinco segundos y espirad durante diez; notad la agradable sensación de relajación.
8. *Estómago*: encoged el estómago, notando tensión en el estómago y el vientre, y posteriormente relajaos. A continuación haced exactamente lo contrario, sacad el estó-

mago hacia afuera, poned los músculos en tensión y al cabo de cinco segundos relajaos.

9. *Piernas*: haced un arco con los dedos de los pies mirando primero hacia abajo; notaréis tensión a lo largo de las piernas, relajaos. Posteriormente dirigid las puntas de los dedos hacia arriba, mirando a la cabeza, notaréis tensión en los pies, libraos de la tensión y relajaos. (Podéis realizar el ejercicio primero con la pierna derecha y luego con la izquierda, o bien con ambas a la vez).

Para terminar la sesión de relajación, debéis mover despacio piernas y pies, brazos y manos, la cabeza y el cuello, y cuando sintáis que estáis preparados, podéis abrir los ojos. Por lo tanto, debéis incrementar gradualmente el movimiento y nunca os levantéis bruscamente. Para practicar esta estrategia bastan quince minutos. Es preferible no realizar la relajación después de las comidas, ya que se ve dificultada por el proceso de la digestión.

TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN

Estas técnicas pueden ser útiles sobre todo en los períodos de hipotimia, y no son tan recomendables en estados de hipomanía o manía, en que la actividad mental ya está de por sí incrementada:

- *Centrar la atención en un objeto*: describir con detalle las características de aquel objeto (color, forma, posición, tamaño…), por ejemplo, un cuadro.
- *Centrar la atención en los sentidos*: incluye la técnica anterior y consiste en concentrar la atención en todo aquello que los sentidos puedan transmitir (vista, olfato, oído, gusto y tacto) de un objeto o una escena.
- *Actividades de distracción*: entrañan ejercicio de tipo físico (hacer natación, *footing*, ir en bicicleta…) o mental (jugar al ajedrez, hacer crucigramas, juegos de palabras…).
- *Recuerdos* e *imágenes agradables*: pensar durante unos momentos en algo agradable que haya ocurrido o pudiera

ocurrir en el futuro, centrando la atención en todos los aspectos posibles de la situación imaginada.

– *Escuchar música*: seleccionad una música que os resulte tranquila y relajante. Colocaos en una postura cómoda y cerrad los ojos. Concentraos únicamente en la música durante una media hora, sin interrupciones.

CONTROL DE LA ACTIVIDAD Y EL TIEMPO

A muchas personas les falta tiempo para hacer todo aquello que se proponen, por lo cual deben replantearse sus objetivos. El hecho de marcarse objetivos a corto y largo plazo les ayudará a decidir cómo distribuir su tiempo.

Aprended, por lo tanto, a establecer prioridades porque no todos los objetivos tienen la misma importancia. Es posible que os veáis obligados a trabajar horas extras; en este caso, determinad también un horario fijo durante el cual realizaréis el trabajo, pero dejad siempre un tiempo destinado al descanso y a desconectar del trabajo. Tanto si trabajáis como si estudiáis, procurad hacer descansos breves de cinco o diez minutos cada hora u hora y media. Si estáis sometidos a un exceso de trabajo, aprended a delegar responsabilidades o, incluso, a no aceptar más trabajo si veis que estáis llegando «al límite». No intentéis cumplir para complacer al otro, y aún menos si puede ocuparse de ello otro compañero.

Del mismo modo que la rutina es necesaria para que la vida transcurra ordenadamente, también es necesario apartarse de esta rutina para descansar y recuperarse; por eso se aconseja dedicar un tiempo al ocio y, por lo menos una vez al año, hacer vacaciones. Pensad que durante las vacaciones no estáis obligados a hacer nada en concreto. Si habéis tenido un año estresante, necesitáis tiempo para descansar. Por el contrario, si el año ha sido demasiado rutinario, las vacaciones pueden ser una ruptura con la rutina. Es fundamental preparar las vacaciones con tiempo, para después no tener que estar pendientes de detalles pequeños, pero molestos.

TÉCNICA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Continuamente nos vemos obligados a tomar decisiones de mayor o menor trascendencia, desde qué zapatos me pongo hoy, hasta cómo hacer frente al pago de una hipoteca. Podemos hablar de la situación problemática cuando hay un desfase entre «lo que es» y «lo que debería ser», es decir, cuando no se encuentra una respuesta eficaz ante aquella dificultad. A veces, los problemas pueden llegar a convertirse en auténticos rompecabezas, y, ante la imposibilidad de resolverlos, podemos experimentar sensación de frustración o impotencia.

En primer lugar, debe aceptarse que los problemas constituyen una parte normal de la vida y que casi siempre es posible afrontar la mayor parte de estas situaciones. Por lo tanto, deben reconocerse los problemas cuando se presenten, en vez de negarlos o evitarlos y, sobre todo, controlar la tendencia a responder impulsivamente, sin reflexionar cuál sería la mejor solución.

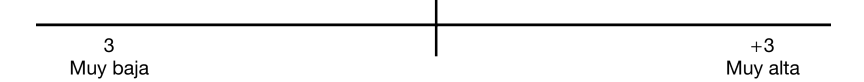
Los pasos habituales necesarios para resolver un problema son:

1. *Definir el problema*: se trata de obtener la máxima información posible sobre el problema. Hay una serie de preguntas que pueden ayudar a formular mejor cuál es la situación conflictiva y que permitirán conseguir una definición clara y objetiva: ¿quién está implicado en el problema? ¿Qué ocurre por estar preocupado? ¿Dónde ocurre? ¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Cuál es su respuesta ante esta situación? A continuación, es necesario analizar qué condiciones se desean (lo que debería ser) y qué obstáculos reducen la disponibilidad de una respuesta objetiva para establecer objetivos concretos y realistas. Esto implicará inevitablemente la valoración de las ventajas y los inconvenientes de resolver el problema (¿qué puedo ganar?, ¿qué puedo perder?, ¿qué es lo peor que puede ocurrir?). Cuantas más ventajas puedan obtenerse, más motivación habrá para modificar la situación actual. Además, cuanto

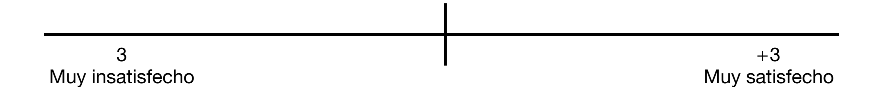
más delimitado esté el problema, menor amenaza y ansiedad representará.

2. *Generar soluciones alternativas*: que estén orientadas a alcanzar el objetivo. Esta fase consiste en generar una tormenta de ideas, es decir, hacer una lista con el mayor número posible de soluciones al problema, sin juzgar si son buenas o malas; ya se criticarán más adelante.
3. *Tomar una decisión*: en primer lugar se lleva a cabo una eliminación inicial de alternativas del listado en función de su no viabilidad (por falta de medios, capacidad u otros obstáculos) o porque pueden tener más consecuencias negativas que positivas. Deberéis escoger aquella opción que reporte más ventajas y menos costes o inconvenientes. Para decidir qué alternativa puede ser la más adecuada es necesario basarse en los criterios siguientes:

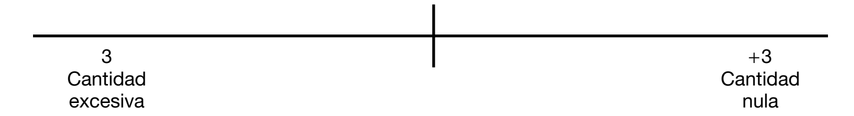
– *Resolución del conflicto*: ¿qué probabilidad hay de que aplicando esta opción se consiga el objetivo?



– *Bienestar emocional*: aplicando esta solución, ¿cómo me sentiré?

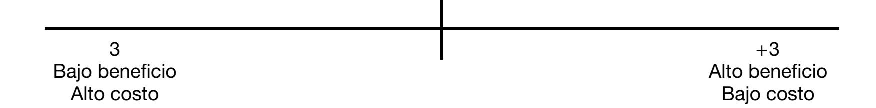


– *Esfuerzo-Tiempo*: ¿cuánto tiempo y esfuerzo tendré que invertir para llevar a cabo esta alternativa?



– *Bienestar personal-social*: valorar consecuencias a corto y largo plazo para uno mismo y para las personas del

entorno que puedan verse afectadas por esta decisión. ¿Qué relación obtendré entre costes y beneficios para mí y los demás?



Se aplicarán los cuatro criterios a todas las alternativas que queden en la lista y se recogerán los datos en una tabla:

Alternativa	*Resolución del problema*	*Bienestar emocional*	*Cantidad esfuerzo/tiempo*	*Relación coste/beneficio*	*Suma*
1	3	3	+ 3	2	5
2	+ 2	+ 3	+ 2	+ 2	9
3	+ 3	+ 3	+ 1	+ 3	10
…					

Por ejemplo, un paciente que estaba en una etapa de disforia evaluó como problemática la sensación continua de apatía y planteó como posibles alternativas o soluciones a su problema, entre otras:

1. Dormir toda la tarde.
2. Llamar a alguien para salir.
3. Apuntarse a un centro recreativo o de excursionismo.
4. …

Tras someter a evaluación las distintas alternativas, la suma total de puntos indicaba que la mejor salida era la tercera, porque era la que obtenía mayor puntuación. Finalmente, deberá ponerse en práctica la opción más adecuada, elegida mediante el sistema de evaluación anterior y evaluar los resultados. En ocasiones, puede ser útil combinar las mejores alternativas o soluciones.

MEJORAR LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

Generalmente la comunicación con los demás está afectada por las modificaciones del estado de ánimo (tristeza, irritabilidad, indiferencia emocional, euforia), pero también por los cambios que sufren los pensamientos (visión de uno mismo, de los demás, del futuro), de manera que todo ello repercute sobre cómo se envían y reciben los mensajes. La presencia de síntomas, como los sentimientos de inutilidad, el exceso de autocrítica o la disminución del grado de autoestima en la depresión, o bien la falta de juicio crítico, la hipersensibilidad o la suspicacia en la manía, hacen que se produzca una distorsión en la interpretación de estos mensajes. Por ejemplo, cuando el paciente cree que tiene poderes especiales porque es capaz de cambiar con su mente las luces del semáforo cuando lo desea, es probable que las personas de su alrededor expresen su desacuerdo respecto a sus poderes. El paciente reaccionará con ira, se sentirá incomprendido o bien lo interpretará como una cuestión de celos o envidia por parte de los demás.

Algunas pautas que pueden ayudar a evitar malas interpretaciones:

- Evitad preferiblemente temas de conversación que puedan derivar con facilidad a discusiones, en especial si os sentís irritables. Seguro que aquel tema puede posponerse hasta que os sintáis más capaces de hablarlo con tranquilidad.
- Cuando el estado de ánimo sea irritable, no toméis decisiones importantes porque hay un riesgo considerable de que éstas sean erróneas. Lo mismo es válido cuando el estado de ánimo es eufórico o depresivo. Por ejemplo, «mejor romper esta relación porque no nos entendemos», «en el trabajo me hacen la vida imposible, así que lo dejo», «me da igual lo que pienses; aunque digas que no es necesario, igualmente me compraré otro coche»... Es imprescindible posponer la decisión hasta que haya remitido la sintomatología maníaca o depresiva.

- Procurad emitir quejas específicas si no estáis satisfechos en lo que respecta a alguna materia o asunto, porque es problemático, en lugar de lanzar quejas globales cuya solución es más difícil. Es decir, cambiad los mensajes del tipo «nunca me escuchas» por otros como «me gustaría que cuando volvieras del trabajo tuviéramos un rato para hablar, antes de que te pongas a mirar la tele».
- No aprovechéis una conversación para sacar «todos» los problemas que os vengan a la cabeza: «ahora recuerdo las mil veces que no has estado a mi lado para apoyarme», «siempre te metías con mi madre», «además de que nunca me has ayudado en las tareas de la casa»... Tratad cada vez un único problema e inhibid la tendencia a sacar los «trapos sucios».
- Procurad dar mensajes claros que no den lugar a interpretaciones erróneas.
- Dejad que la otra persona exprese lo que quiere transmitir sin interrumpirla. Tened en cuenta las posibles opciones o salidas que os ofrecen otras personas antes de elegir una solución.
- Si no os atrevéis a tratar un tema con la familia, buscad a alguien de confianza con quien podáis hablarlo.

Si la aplicación de las técnicas recomendadas anteriormente no fuera suficiente para afrontar las situaciones difíciles, consultad a un especialista que pueda orientaros y ayudaros a reducir el estrés.

Aprender a autoevaluarse

Existe un conjunto de síntomas y pródromos (señales de alarma del inicio de una descompensación) que son generales o comunes en muchas personas con trastorno bipolar. No obstante, es fundamental prestar especial atención a aquellos pródromos «peculiares» o particulares de cada uno, porque la detección rápida de estas señales o advertencias, sobre todo en el caso de la hipomanía, ayudará a evitar una recaída. Con esta finalidad puede resultar muy útil aprender a diferenciar entre estados y discriminar cuál es vuestro comportamiento habitual y vuestros pensamientos y emociones cuando estáis asintomáticos y os encontráis en una fase aguda de la enfermedad. Vuestra manera de ser, vuestras preferencias, conductas típicas, hábitos y rutinas cotidianas configuran la eutimia. A partir de estos datos, podéis elaborar un listado de reacciones que se refieran a cómo actuáis, pensáis o sentís cuando estáis asintomáticos y, para diferenciarlos, se añaden dos columnas más para anotar síntomas de manía o hipomanía y de depresión (v. pág. 128 y 129).

Listado de síntomas generales

Eutimia	*(Hipo)manía*	*Depresión*
Conductas – 7-8 h de sueño – La actividad de siempre, siguiendo cierta rutina – Introvertido	*Conductas* – Bastan 5 h de sueño – Descansado, pletórico de energía – Estoy más productivo y creativo – Tengo más ganas de salir – Estoy más comunicativo y hablador – Con intereses, nuevos proyectos – Desinhibido. – Gasto más dinero en cosas innecesarias	*Conductas* – No puedo levantarme de la cama, tengo ganas de dormir todo el día – No tengo ganas de hacer nada – No quiero ver a nadie, prefiero estar solo
Pensamientos – Seguro de mí mismo, pero autocrítico en lo que se refiere a trabajo o estudios o las cosas personales – Creo que estoy bien	*Pensamientos* – Soy el mejor – Puedo hacer cualquier cosa con éxito – Sospecho de las intenciones de los demás – La vida y el mundo son fantásticos – Más optimista de lo habitual – Los pensamientos me vienen más rápidamente	*Pensamientos* – Todo me es indiferente, nada me ilusiona – Ganas de morirse – No me concentro, me falla la memoria – No hay salida – No sirvo para nada – Me falta voluntad – Todo es por mi culpa
Emociones – Me siento bien, – Contento en general	*Emociones* – Me noto más irritable – Más alegre por ninguna razón especial – Espitoso, excitado	*Emociones* – Me siento triste – Estoy más irritable – Todo me da igual

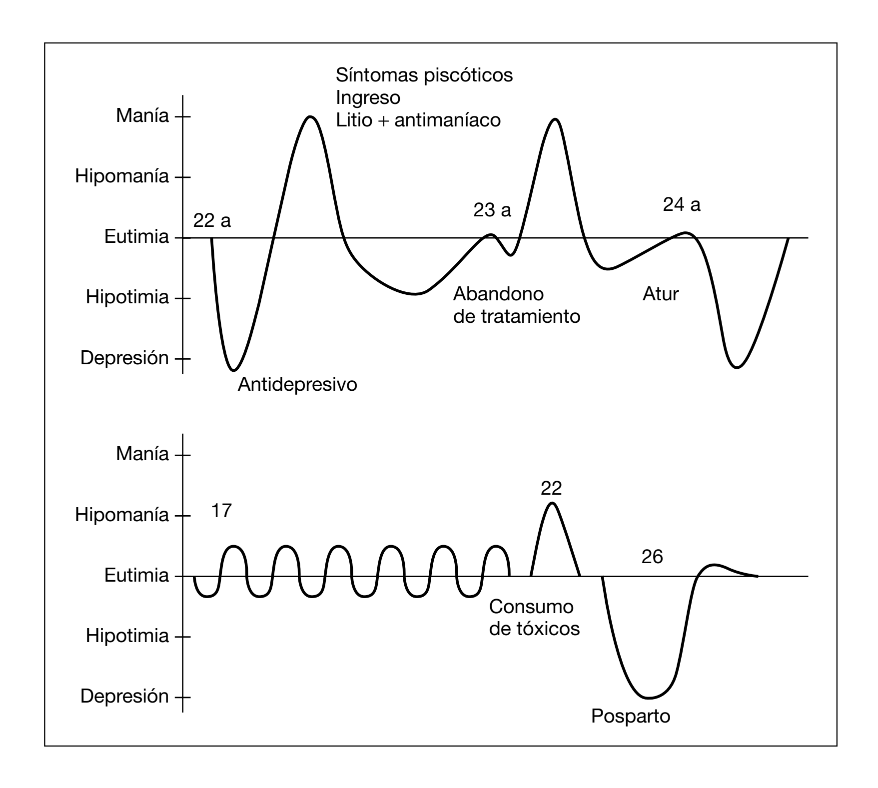
Listado de síntomas individuales

Eutimia	*(Hipo)manía*	*Depresión*
– No suelo leer, excepto el periódico – Me gustan los colores discretos para vestir – Tengo demasiado sentido del ridículo – Sólo escribo postales por Navidad y en verano – No soy demasiado bromista	– Empiezo a leer libros sobre esoterismo – Me paso horas colgado al teléfono – Me visto con colores más bien llamativos o con complementos que habitualmente no utilizo (p. ej., sombreros) – Estoy inquieto y fumo más – Me pongo a escribir cartas poesías o novelas – Me siento más decidido y atrevido, incluso con desconocidos – Creo que todo va demasiado despacio – Empiezo a explicar chistes y a veces hago bromas pesadas	– No puedo concentrarme en nada – No tengo ganas de coger el teléfono – Dejo de lado obligaciones y responsabilidades – Cualquier pequeña dificultad se convierte en algo insuperable

Algunas cuestiones que pueden ayudarte son: ¿cómo te ves a ti mismo y a los demás y cómo ves el futuro?, ¿qué tipo de comentarios te hacen las personas que te conocen bien? Esta hoja de síntomas sirve de referencia para evaluar si los síntomas se incrementan en número o intensidad. Es importante identificar para cada uno, individualmente, aquellos pródromos característicos del inicio de un episodio. Esta actividad ayuda a diferenciar entre estado de ánimo normal y patológico o «anormal». Observamos que no sólo debemos fijarnos en el estado anímico, sino también en las ideas presentes y en las conductas.

GRÁFICO DE LOS EPISODIOS DEL TRASTORNO

Se trata de un sistema para reflejar el número, la duración y el tipo de episodios, además de la influencia de factores como la medicación o las situaciones estresantes. Este método es útil para identificar factores desencadenantes de recaídas (p. ej.,



consumo de sustancias tóxicas, abandono del tratamiento, factores estacionales...).

Cuando se han producido muchos episodios y es difícil acordarse de ellos, se aconseja empezar por el último episodio o bien tomar como punto de referencia los ingresos o la asistencia a urgencias. A continuación, presentaremos dos gráficos correspondientes a dos pacientes hipotéticos.

Caso A

El paciente presentó a los veintidós años un primer episodio depresivo de dos meses de evolución, caracterizado por la presencia de anhedonía, insomnio, tristeza, sentimientos de inutilidad e incapacidad, abandono de actividades y evitación de las relaciones sociales, que se trató con medicación antidepresiva. Al cabo de pocos días de iniciarse el tratamiento, el paciente experimentó un cambio hacia la manía con sobre-

valoración de las propias capacidades, estado de ánimo expansivo (más sociable, hablaba con todo el mundo, aconsejaba a desconocidos), pensamiento acelerado e ideas delirantes de grandiosidad (tenía una misión importante que cumplir en el mundo), de modo que requirió un ingreso.

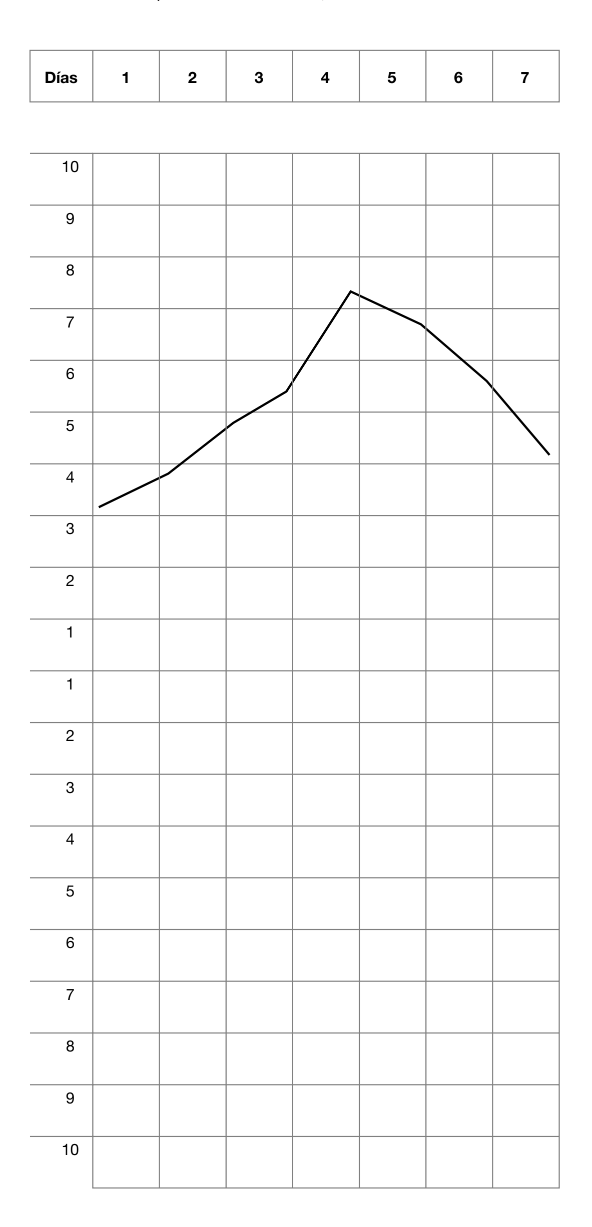
La sintomatología maníaca cede con medicación eutimizante (litio) y antimaníaca (neuroléptico o antipsicótico), y se produce una disforia posmaníaca (tres meses). Durante este período de duración proporcional a la intensidad de los síntomas maníacos, el paciente manifestó apatía, somnolencia diurna, mayor apetito y aumento de peso. Con la introducción de la regularidad en los hábitos y el incremento gradual de actividades, mejoró el estado anímico. Al cabo de cinco meses de instaurar el tratamiento farmacológico, el paciente lo abandona porque ya no cree que sea necesario tomarlo ya que está estable. En unas seis semanas vuelve a producirse un episodio maníaco. Hay riesgo de que se repita una euforia en los seis meses posteriores a un episodio maníaco, en especial si no se sigue de forma correcta el tratamiento. Esta vez se reincorporó enseguida a la medicación y no fue necesaria la rehospitalización. Sin embargo, volvió a experimentar un período de hipotimia que remitió al cabo de algunas semanas. Se mantuvo eutímico durante casi un año, pero una situación estresante (se quedó sin trabajo) desencadenó un episodio depresivo.

Caso B

La paciente empezó a presentar oscilaciones del estado de ánimo a los diecisiete años y configuró un trastorno ciclotímico. A los veintidós, se produjo un episodio hipomaníaco asociado al consumo de sustancias tóxicas que remitió con medicación eutimizante o reguladora del estado de ánimo. Se mantuvo compensada durante cuatro años. Se redujo la medicación de manera gradual antes del embarazo y no volvió a tomarla después del parto, que es un momento de riesgo elevado para una recaída. Entonces la paciente presentó una depresión posparto, de modo que se le volvió a dar un eutimizante y poco a poco se estabilizó.

GRÁFICO DE SUPERVISIÓN DE SÍNTOMAS

Este tipo de gráfico permite recoger pequeñas variaciones de conductas, pensamientos y emociones.



El 0 representa la eutimia o estabilidad, y entre 5 y –5 consideraríamos que el estado de ánimo es normal, aunque haya fluctuaciones. En cambio, entre 5 y 7 podríamos hablar de estado hipomaníaco, y entre 7 y 10 de manía. Lo mismo ocurre en lo que respecta al estado de ánimo deprimido: hablamos de hipotimia entre –5 y –7 y de depresión entre –7 y –10.

En el ejemplo aquí representado observamos que el paciente empieza con una discreta disminución del sueño, que registra como 2, pero en días sucesivos aparece un incremento de la actividad (5) asociado a un aumento de ideas y proyectos y a más energía (7). Llegado a este punto, el paciente aplica medidas conductuales: reduce notablemente el nivel de actividad y sólo realiza aquellas tareas indispensables y pasa a dormir nueve horas, de modo que el estado anímico vuelve a estabilizarse.

REGISTRO DE ACTIVIDADES, SUEÑO Y ESTADO DE ÁNIMO

Básicamente, la utilidad de este registro radica en ser capaz de detectar cambios de aumento o disminución de actividad, estado de ánimo y sueño. El registro puede aprovecharse para, una vez identificado el inicio de descompensación, poner en marcha mecanismos de regulación, tanto mediante ligeras modificaciones en el tratamiento farmacológico, como a través de pautas o medidas conductuales. El paciente que ha rellenado este registro se ha dado cuenta de que, a medida que iba avanzando la semana, se notaba más activo y con más energía, el estado de ánimo había sobrepasado el 7, indicativo de hipomanía, y la necesidad de sueño estaba claramente reducida. En cuestión de un par de días empieza a implicarse en actividades no habituales en él (lecturas sobre esoterismo, inicio de dietas y ejercicio físico más exagerado). La identificación de estos presíntomas o pródromos de manía le llevan a iniciar un plan de acción para evitar una recaída limitando actividades, reduciendo al mínimo la sobreestimulación ambiental y añadiendo un antimaníaco al tratamiento

para frenar la sintomatología maníaca y, principalmente, normalizar el patrón de sueño.

Existen distintos tipos de registro o anotaciones; cada uno debe ser capaz de hallar el medio de autoobservación que mejor le vaya. Aquí sólo proporcionamos algunas sugerencias, pero es básico hallar un sistema de autoevaluación individualizado.

	Lunes	*Martes*	*Miércoles*	*Jueves*	*Viernes*	*Sábado*	*Domingo*
Mañana	Clases (4 h)	Clases (4 h) Gimnasio (1 h)	Clases (4 h) Gimnasio (2 h)	Clases (4 h) Gimnasio (2 h)	Clases (4 h)	Descanso Escuchar música suave (2 h)	Leer el periódico (1/2 h) Pasear (1 h)
Tarde	Estudiar (2 h) Descansar (2 h)	Estudiar (3 h) Pasear (1 h)	Estudiar (3 h) Comprar (2 h)	Dieta Gimnasio (2 h) Comprar (2 h)	Descanso (1 h) Estudiar (1 h)	Leer (1/2 h) Pasear (1/2 h)	Estudiar (1 h) Pasear (1 h)
Noche	Ver TV	Ver TV Leer	Bailar	Leer esoterismo	Descanso (1 h)	Descanso (1 h)	Ver TV (1 h)
Horas de sueño	8	7	5	5	8	8	8
Estado de ánimo (0-10)	5	6	7	8	6	5	5
Otras medidas				Haloperidol	Haloperidol	Haloperidol	

Información útil para la familia del paciente bipolar

APRENDER A DETECTAR SÍNTOMAS

Identificar precozmente una recaída es fundamental para evitar que ésta sea grave. En este sentido, suele ser muy útil la colaboración de las personas que conviven con el paciente. La mejor manera de llevar a cabo esta colaboración es estando alerta ante posibles cambios en la forma de actuar del afectado. Sin embargo, tampoco debe caerse en el error de sobreproteger al paciente o fiscalizar toda su conducta. La actitud idónea es la observación a distancia. Algunos aspectos que pueden actuar como señal de alarma de una nueva recaída son:

– *Nivel de actividad*: un aumento súbito de la actividad suele ser indicativo del inicio de un cuadro eufórico.
– *Irritabilidad*: el aumento de la irritabilidad, en forma de disputas constantes, intolerancia o impaciencia excesiva, puede anunciar el inicio de una fase mixta o de euforia.
– *Fíjese también en la productividad verbal*: un aumento de ésta –el paciente está más hablador, cambia constantemente de tema, es difícil de interrumpir– puede estar indicando el inicio de un episodio de manía o hipomanía.
– *Horas de sueño*: la disminución de la necesidad de dormir es, la mayoría de las veces, el síntoma más precoz de recaída; a menudo, al inicio de una fase de euforia, el paciente empieza a levantarse muy temprano, anda por la casa de noche o hace cosas en horas en que debería dormir. El insomnio también puede ser un síntoma de depresión, aunque a veces ocurre lo contrario: el paciente

se levanta muy tarde y tiene mucho sueño durante el día. Estas alteraciones del sueño indican, la mayoría de las veces, una descompensación.

– *Aparición de nuevos intereses, ideas, proyectos...*: esté atento a la aparición súbita de nuevos intereses o proyectos; aunque no deben coartarse de manera sistemática las iniciativas razonadas y la capacidad de decisión del paciente, muchas veces el inicio de una fase maníaca se caracteriza por la profusión de planes ambiciosos que no son otra cosa que síntomas de euforia y que suelen llevar al fracaso económico. No discuta estos proyectos con su familiar afectado. Sólo es necesario hacerle ver que usted cree que pueden ser síntomas de la enfermedad y que se quedaría más tranquilo si él accediera a consultarlos con su médico. Intente no utilizar nunca descalificativos generales del tipo «eres un soñador», «cuando madurarás», «eres poco realista» y frases similares.
– *Cambios del estado de ánimo*: fíjese sobre todo en aquellos cambios que no obedecen a ninguna razón en concreto o que son demasiado intensos y prolongados respecto a la causa que los ha provocado. Fíjese también en detalles significativos, como por ejemplo «cambios de carácter» aparentes; si una persona que normalmente es tímida empieza a mostrarse, en cuestión de pocos días, más extrovertida y bromista, seguramente será a causa del inicio de una descompensación maníaca. Lo mismo puede ocurrir en el sentido opuesto: cuando alguien que se caracteriza por su buen humor se muestra, sin razón aparente, habitualmente malhumorado o inhibido, probablemente está iniciando una fase depresiva.

LA FAMILIA ANTE LAS IDEAS DE SUICIDIO

Durante una fase depresiva algunos pacientes pueden tener deseos de morir para dejar de sufrir o incluso ideas suicidas. Por desgracia, la depresión es una enfermedad que limita la capacidad de tomar decisiones libres y que, en algunos casos, puede llevar a un intento de suicidio. El 15 % de los

pacientes bipolares muere por suicidio. El 30 % realiza intentos sin éxito. Lo más dramático es que la depresión puede tratarse y es transitoria, mientras que la muerte es irreversible. La mayoría de los pacientes defienden el derecho al suicidio durante la fase depresiva, pero dejan de hacerlo cuando se recuperan. Sin embargo, cuando están deprimidos racionalizan sus ideas y las defienden como si se tratara de una cuestión filosófica o un derecho irrenunciable. En realidad, estudios recientes ponen de relieve que el suicidio no aparece casi nunca en sujetos no afectados por una patología psiquiátrica. Por tanto, es necesario que nos acostumbremos a observar los pensamientos suicidas exclusivamente como un síntoma depresivo y no como una decisión libre y auténtica del individuo, ya que, cuando la depresión desaparece, desaparecen las ideas suicidas. Por eso el familiar tiene el derecho y el deber de evitar que éste lleve a cabo sus amenazas suicidas. Es necesario hacer comprender al paciente que no se le está recortando la libertad personal ni los derechos al tomar medidas contra el suicidio, sino que, de hecho, se le están ampliando. Algunas medidas recomendables para con un paciente con ideas suicidas son:

- Informe de ello a su psiquiatra.
- Prepare todo lo necesario para, si el psiquiatra lo indica, proceder a una hospitalización.
- Mientras dure la situación de riesgo, no deje al paciente solo en casa.
- No deje la medicación a su alcance; hágase usted responsable de su administración. Guarde el resto de medicamentos en un lugar seguro, si es posible bajo llave.

ACTITUD PARA CON SU HIJO MENOR DE EDAD

Una de las dudas más comunes entre los familiares de los pacientes y, en especial, entre los padres de pacientes jóvenes es acerca de qué actitud tomar para con el paciente, qué grado de permisividad es el adecuado. Esto dependerá en

gran parte del estilo educador que hayan ejercido los padres antes de la aparición de la enfermedad. El nivel de exigencia en los estudios debería ser el mismo que en el pasado si el paciente está eutímico. De todos modos, debe tenerse en cuenta que el estrés perjudica de manera notable el curso de la enfermedad. Por lo tanto, las exigencias deberán ser realistas, sin olvidar conservar siempre un tiempo para el ocio. Deberá asegurarse que su hijo bipolar no se vea obligado a realizar los típicos «*sprint*» finales en época de exámenes, que suelen afectar a la cantidad y a la calidad del sueño y ponen en peligro la salud del afectado. El nivel de exigencia debe estar siempre en relación con la capacidad de estudio de su hijo; un exceso de presión –aparte de tener una utilidad más que discutible– puede desembocar en una acumulación de estrés, de ningún modo deseable para su hijo.

En lo que respecta a salidas nocturnas, tenga en cuenta que es casi tan importante la estabilidad de horarios como la integración de su hijo en el grupo de amigos. Su hijo debe llevar una vida lo más «normal» posible, y esto –a los dieciséis años, por ejemplo– muchas veces quiere decir salir con los amigos hasta altas horas de la noche. Intente llegar a acuerdos con su hijo respecto de las salidas y, de todos modos, asegúrese de que su hijo duerme siempre unas ocho o nueve horas diarias. Este consejo puede aplicarse básicamente en las fases de eutimia, pero si usted tiene la mínima sospecha del inicio de una fase maníaca, no dude en desaconsejar –o, si cabe, prohibir– las salidas nocturnas de su hijo, que en este estado podrían perjudicarle.

Intente mostrarse siempre abierto a la posibilidad de diálogo con su hijo, ya que –en especial durante la pubertad y la primera adolescencia– la vida plantea muchas cuestiones y dudas, en las que los padres pueden ser de gran utilidad para los hijos. No obstante, esta actitud no debe desembocar en posiciones inquisidoras: respete la intimidad de su hijo, no permita que se sienta oprimido por su interés bienintencionado. Una vigilancia a distancia, que centre su atención básicamente en la detección precoz de síntomas, suele ser la actitud más efectiva con su hijo joven.

LA ACTITUD DEL RESTO DE LA FAMILIA

Lo primero que debe entenderse es que la persona que padece un trastorno bipolar es básicamente –la mayor parte del tiempo– una «persona normal». Por tanto, se la debe tratar exactamente del mismo modo que se la trataría si no tuviera ningún diagnóstico psiquiátrico. No hay ningún tema que deba considerarse «tabú» o intratable, aparte de aquellos que sus costumbres personales y familiares consideren como tales, en una situación normal. Tampoco hay responsabilidades que una persona bipolar asintomática y correctamente medicada no pueda asumir. Existe un riesgo evidente de marginar al paciente si se toman actitudes exclusivas para con él: convertirlo en el «diferente».

RESPECTO DE LAS HOSPITALIZACIONES

Una de las experiencias más duras por las cuales debe pasar un familiar de una persona con trastorno bipolar es, sin duda, la de afrontar la necesidad de llevar a cabo un ingreso contra la voluntad del paciente, bien sea porque éste se halla gravemente maníaco y sin ningún tipo de conciencia de enfermedad, bien porque presenta síntomas psicóticos (tanto en fase depresiva como maníaca) o, en última instancia, porque tiene ideas suicidas que ponen en peligro su vida. En estos tres casos se considera indicado y legítimo un ingreso involuntario, que sólo puede autorizar un juez. Pero el hecho de que sea «legal» no resuelve las dudas de los familiares sobre si es justo o ético. Al llegar a una de las situaciones que requieren ingreso involuntario, es necesario tener en cuenta que la salud física del afectado y su entorno se hallan en grave peligro y que, por tanto, el ingreso representa una forma de proteger la integridad del paciente. Cuando la salud –e incluso la vida– de una persona se halla en peligro, el supuesto «mal» infligido a través del internamiento forzado es inferior al bien que se desea proteger, que no es otro que la vida y la propia libertad individual. Es frecuente que los familiares de un paciente que ha sido ingresado contra su voluntad se sien-

tan culpables y teman que este hecho termine por deteriorar sus relaciones con el paciente. Ante esta realidad, cabe preguntarse hasta qué punto se atenta contra la voluntad del paciente, si la realidad clínica deja claro que en la patología mental es, la mayoría de veces, la voluntad la que permanece alterada. Por eso, cuando se procede a este tipo de gestiones, no se está obrando contra el paciente, sino contra la enfermedad y, por tanto, a favor del paciente. La enfermedad recorta la libertad del paciente; al actuar contra la enfermedad permitiremos al paciente ser un poco más libre, es decir, estar sano. La mayoría de pacientes, una vez recuperados, agradecen a sus familiares haber actuado a tiempo y haber evitado, así, males mayores. El ingreso voluntario raramente se prolonga más allá de las tres o cuatro semanas.

PACIENTES QUE CONSUMEN DROGAS

En lo que respecta a los tóxicos, suele ser muy positivo hablar abiertamente del tema, sin insistir tanto en posiciones morales, como en criterios de salud. Muchas veces podemos servirnos de símiles médicos: «del mismo modo que un hipertenso no debe tomar sal, tu no deberías fumar porros o beber alcohol...». Es necesario tener en cuenta que, muchas veces, el paciente consume los tóxicos como forma, consciente o inconsciente, de aliviar los síntomas de la enfermedad, y en realidad lo que hace es empeorar el cuadro clínico.

CUANDO SE TOMA MAL LA MEDICACIÓN

En general, tiene que ser el propio paciente el responsable de acordarse de tomar la medicación, sobre todo cuando se halla compensado. Suele ser muy positivo confiar en él; en la mayoría de casos no será necesario tomar medidas para que el paciente se tome la medicación. De todos modos, existen formas más sutiles de asegurarse de que tiene en cuenta la medicación, como por ejemplo hacer que coincida con las comidas. En ningún caso haga de la medicación un campo

de batalla entre usted y su familiar, sólo conseguiría magnificar el problema. En los casos en que el paciente se niega de manera explícita a tomar la medicación porque está descompensado, intente ayudarle haciéndole entender que tomarla es una forma de evitar un mal mayor, como por ejemplo un ingreso. En estos casos, es lícito que usted se responsabilice durante un tiempo de que el paciente no «olvide» sus pastillas. Algunos pacientes jóvenes tienen muchas dificultades para asumir la necesidad de medicarse durante un tiempo prolongado y obligan a sus padres a estar siempre detrás de ellos vigilando que lo hagan.

ACTITUD ANTE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Los síntomas psicóticos –delirios o alucinaciones– suelen ser uno de los temas que más preocupan a las familias de los pacientes, sobre todo por la imposibilidad de entenderlos y la resistencia a cualquier consejo bienintencionado que suelen mostrar. Ahora bien, es necesario diferenciar bien las dos situaciones en las que pueden aparecer síntomas psicóticos; la gran mayoría de las veces, el hecho de que un paciente empiece a contar sensaciones extrañas, interprete la realidad de manera inadecuada o tenga pensamientos inadaptados (p. ej., pensar que la gente le mira por la calle o que ha nacido para llevar a cabo una gran «misión» en la vida) suele ser un indicador inequívoco de descompensación. En estos casos, la única salida posible es consultar al psiquiatra cuanto antes mejor.

Pero hay otra situación en que aparecen síntomas psicóticos de forma más frecuente, incluso cuando el paciente está aparentemente compensado. Muchos pacientes de los llamados *esquizoafectivos* se caracterizan precisamente por eso. Ante los pensamientos psicóticos, la familia nunca debe intentar abordarlos mediante el diálogo ni intentar convencer al paciente de que éstos no son ciertos. Tampoco debe reforzar el discurso del paciente dándole la razón. La postura correcta es intentar cambiar de tema o no responder al discurso delirante del familiar afectado.

Consejos para el paciente

CONSEJOS GENERALES

1. *Autoobservaos.* Una correcta autoobservación es la mejor manera de prevenir las recaídas. Fijaos sobre todo en vuestro estado de ánimo y, si éste no es normal, analizad sus causas. Prestad atención a si os cuesta dormir o no; a menudo la sensación de «no necesito dormir» es el primer paso de una descompensación hipomaníaca. Observad también si últimamente discutís más que de costumbre, si os molestan cosas a las que antes no dabais importancia, si estáis más habladores o más bromistas; desconfiad de los cambios. Puede ser muy útil llevar un registro diario que incluya el número de horas dormidas, las actividades importantes que realizáis y una puntuación de vuestro estado de ánimo.
2. *Dormid cada día unas ocho o nueve horas.* Estudios recientes demuestran que una correcta calidad y cantidad de sueño es un factor de gran importancia para prevenir recaídas. En general, podemos afirmar que dormir menos de siete horas diarias conlleva un alto riesgo de presentar euforia, señal de hipomanía, mientras que dormir más de diez aumenta las posibilidades de presentar un episodio depresivo.
3. *No consumáis tóxicos.* Consumir drogas, aunque sea una sola vez, como cocaína, éxtasis o LSD, etc. es –aparte de perjudicial para la salud física y mental de cualquier persona– suficiente para presentar una descompensación o complicar el curso de un trastorno bipolar, y favorecer, además, la aparición de síntomas psicóticos. El consumo

de otras sustancias como alcohol, marihuana y derivados tiende a provocar la aparición de episodios y aumenta la ansiedad, tan perjudicial para el trastorno. En lo que respecta a la cafeína, debemos ser conscientes de que sus efectos inductores de insomnio duran unas ocho horas, por lo que se recomienda no tomar café a partir de las cuatro de la tarde.

4. *No os sometáis a regímenes demasiado rigurosos.* No paséis hambre, ya que podría aumentar la ansiedad y la irritabilidad y podríais predisponeros así para una recaída. Disminuir el peso corporal de manera brusca produce cambios hormonales y metabólicos que pueden precipitar un nuevo episodio. Además, gran parte de los fármacos y seudofármacos prescritos para adelgazar contienen derivados anfetamínicos que, por sí mismos, pueden causar un viraje hacia la manía.
5. *Escuchad a personas de confianza.* Buscad, entre vuestros familiares o amigos, a alguien que pueda actuar como punto de referencia. Confiad en él o ella; a menudo, las personas que rodean al paciente detectan más claramente que él mismo el momento en que se produce una descompensación. Comentarios del tipo: «últimamente te comportas de un modo distinto», «estás un poco extraño», etc. deben serviros para tomar conciencia de que, quizá, se está produciendo un viraje; entonces, es mejor actuar que pararse a discutir: visitad a vuestro terapeuta cuanto antes mejor. Si la gente que os rodea se equivocaba, sólo habréis perdido el tiempo de la visita; pero si tenían razón y esto ha permitido detectar y tratar de forma precoz un episodio, habréis ganado un tiempo precioso a la enfermedad.
6. *Tomad correctamente la medicación.* Tomar correctamente la medicación es la mejor forma de evitar las recaídas. Además, tened en cuenta que la medicación es como un amigo rencoroso: es posible que si hoy la dejáis, mañana no os haga ningún caso. Abandonar la medicación por iniciativa propia entraña el riesgo de crear resistencia al fármaco. Por otro lado, dejar la medicación de manera brusca aumenta considerablemente el riesgo de

una recaída inmediata. De todos modos, si por alguna razón no estáis tomando la medicación correctamente, sed sinceros con el psiquiatra y comentádselo; si no lo hacéis, podríais inducirle a confusiones respecto de la conveniencia o no de un fármaco determinado, dosis adecuada, etc., que terminarían repercutiendo negativamente en el tratamiento.

7. *Comunicad al médico todos los síntomas.* Aunque parezca extraño, a veces datos aparentemente intrascendentes (observar un aumento de la apetencia sexual, cambios en el modo de vestir, ...) pueden ser de gran ayuda para el terapeuta para saber en que momento clínico os encontráis y poder, así, recomendaros el tratamiento correcto.
8. *Aficionaos a la regularidad.* La regularidad de horarios, de hábitos de sueño, de actividades e incluso de hábitos alimentarios os ayudarán a ser menos vulnerables a las recaídas. Recordad que la estabilidad da estabilidad y, en su caso, ello es sinónimo de salud.
9. *Huid del estrés.* Intentad reservaros un tiempo al día para vosotros, para el propio consumo, para «perderlo». Realizad actividades agradables, pero no más de las que podáis llevar a cabo de manera relajada. Practicad alguna actividad que os ayude a rebajar la tensión (ejercicio físico moderado, lectura, pintura...). Procurad relativizar los problemas, pocos tienen la dimensión que aparentan. Ahora bien, no sobrevaloréis la efectividad de estas medidas: nunca pueden sustituir al tratamiento psiquiátrico.
10. *No os enfrentéis a la enfermedad, procurad controlarla.* La negación del trastorno bipolar no hará más que empeorarla. La identidad va más allá del trastorno bipolar; vosotros no «sois» bipolares, sino que padecéis un trastorno bipolar, lo cual no os define en absoluto como persona. El trastorno bipolar no tiene nada que ver con la personalidad del afectado: por lo tanto, podemos afirmar que no hay dos bipolares iguales, del mismo modo que no hay dos personas con hipertensión que sean iguales.

ANTE EL INICIO DE UNA FASE DE EUFORIA

1. Aumentad el número de horas de sueño hasta un mínimo de diez. A menudo, dormir mucho un par de noches evita el inicio de un episodio hipomaníaco.
2. Limitad el número de actividades. Analizad las actividades que hacéis normalmente, aparte de las obligaciones diarias. Así pues, organizad vuestras actividades priorizando de mayor a menor utilidad, formando tres grupos: actividades imprescindibles (higiene personal, trabajo, etc.); actividades prescindibles (las aficiones habituales), y actividades superfluas (nuevos proyectos e intereses). Nunca paséis al trabajo siguiente hasta que no hayáis terminado por completo el anterior y no cambiéis de grupo de actividades hasta que no hayáis realizado la anterior.
3. Dedicad el máximo de horas a estar activo; el resto del día debéis dedicarlo a descansar y a actividades relajantes.
4. No intentéis vencer la euforia por «agotamiento». Recordad que un incremento de actividad se acompaña de un exceso de estimulación que, al mismo tiempo, comporta un empeoramiento de los síntomas.
5. Podéis intentar reducir la estimulación mental mediante ejercicios de relajación o simplemente echados en la cama con luz tenue y expuestos al mínimo número de distracciones.
6. Evitad el consumo de sustancias excitantes, como café, té, refrescos de cola y las llamadas *bebidas energéticas* (todas las que contienen taurina, teína, ginseng, cafeína y derivados).
7. Ante el impulso de realizar gastos importantes,procurad posponer la operación como mínimo veinticuatro horas, y pedid la opinión respecto de éstos a alguien de confianza. Preguntaos siempre si aquella compra es realmente imprescindible. Cualquier inversión o gasto en una situación de hipomanía debería posponerse hasta la remisión de los síntomas.

8. Someted vuestras «ideas geniales» al criterio de otra persona. A menudo esto será suficiente para que os deis cuenta del riesgo de alguno de vuestros proyectos. Nunca toméis decisiones importantes, como puede ser un cambio de piso o de coche, realizar grandes inversiones, divorcios o matrimonios, dejar el trabajo..., durante una fase de euforia.
9. Recordad que, sea como sea, en el trastorno bipolar las fases no perduran eternamente: la euforia de hoy es la depresión de mañana. No os descontroléis y no permitáis una subida; hay pacientes que encuentran tan agradables las fases eufóricas que se sienten tentados a dejarse ir un poco. Gran error. Lamentablemente es imposible permanecer en un estado de hipomanía leve. La euforia, si no se hace nada para controlarla, crecerá libremente hasta que será demasiado tarde para evitar el ingreso y la depresión posmaníaca. En el caso de los trastornos bipolares podemos afirmar que, por desgracia, es cierto aquello de «cuanto más se sube, más dura será la caída».
10. Poneos en contacto cuanto antes con vuestro terapeuta habitual.

ANTE EL INICIO DE UNA DEPRESIÓN

1. Dormid un máximo de nueve horas. Para conseguirlo puede resultar útil programarse actividades para llevar a cabo a primera hora de la mañana. No hagáis nunca la siesta.
2. No os automediquéis nunca durante una depresión. Recordad que, en vuestro caso, los antidepresivos mal administrados implican un grave riesgo de viraje hacia la manía. Tampoco toméis calmantes por vuestra cuenta, ya que mal utilizados pueden ser peligrosos.
3. Procurad aumentar la actividad, aunque sea precisamente esto lo que no os apetezca. Tenéis que nadar a contracorriente; no debéis dejaros llevar por la depresión. Para empezar, obligaos a realizar aquellas tareas que sean más urgentes y prioritarias (higiene personal, tra-

bajo, etc.). También debéis obligaros a realizar por lo menos una de las actividades que hasta ahora os resultaban entretenidas; podéis implicar a vuestros compañeros y familia en este objetivo, probablemente os ayudarán encantados.

4. Fijaos objetivos realistas de acuerdo con vuestra capacidad. Si no lo hacéis corréis, el riesgo de sentiros peor al no conseguir lo que habéis proyectado. Id despacio, por partes; no digáis nunca «hoy pondré el piso en orden»; mejor proponerse únicamente fregar los platos y, después, al terminar, pasar a otra tarea concreta.
5. No toméis decisiones importantes. Una decisión tomada durante una depresión raramente es una decisión vuestra, es más una decisión de la propia depresión. Las decisiones importantes deben tomarse en un estado de completa lucidez, sin dejarse influir por el pesimismo y la desesperación que tienen lugar en una fase depresiva. Así pues, daos tiempo para recuperaros; entonces, decidid.
6. No os sintáis culpables de la depresión, del mismo modo que un diabético no puede sentirse culpable de su nivel de azúcar. Recordad que la depresión responde a causas biológicas. A veces, algunas personas os acusarán de falta de voluntad y harán que os sintáis culpables; la verdad es que para quien no ha sufrido nunca una depresión resulta muy difícil entender la dificultad que representa afrontar el día a día cuando uno se siente abatido y sin ilusión para vivir.
7. Recordad otra vez que las fases no perduran eternamente: no estaréis deprimidos toda la vida. Algunos pacientes, cuando su estado depresivo se alarga, creen que su carácter ha cambiado y se culpan de su estado. La depresión no os cambiará la personalidad; no debéis confundir «estar deprimido» con «ser» depresivo. Prueba de lo que decimos es que en las fases asintomáticas el paciente recupera su comportamiento habitual y su forma de ver la vida.
8. Relativizad las ideas de inferioridad, pesimismo y desesperanza; en realidad sólo son síntomas de la depresión. Si

los analizáis fríamente con la ayuda de una persona de confianza, comprobaréis que casi nunca obedecen a la realidad.

9. Procurad hacer ejercicio físico; a menudo es un buen método para sentirse más enérgico.
10. Consultad con vuestro terapeuta habitual y confiad en sus decisiones. Si os prescribe medicación antidepresiva, tomadla tranquilamente y tened paciencia. Algunos efectos secundarios pueden ser molestos, pero desaparecen en pocos días, mientras que los efectos terapéuticos tardan unas semanas en aparecer.

Preguntas y respuestas

¿Estar informado es bueno o, al contrario, es contraproducente?

La información siempre es buena si se sabe entender y utilizar adecuadamente. La época en que el médico poseía conocimientos impenetrables y sus consejos eran dogmas ha quedado atrás. En las sociedades occidentales la gente prefiere decidir por sí misma, que le expliquen de un modo sencillo pero claro qué le ocurre y cuáles son las opciones a elegir. Claro que la dificultad está ahí, en cómo transmitir la información de manera comprensible, sin reduccionismos, a una persona que no sabe nada de medicina. La medicina es en parte ciencia y en parte arte, porque todas las personas son distintas y, por tanto, los tratamientos deben personalizarse; así pues, es lógico que pueda haber diferencias en las prescripciones y los consejos de uno u otro médico.

En la psiquiatría eso todavía es más acusado, porque si las personas ya somos un poco diferentes por lo que respecta al hígado, lo somos muchos más por lo que respecta al cerebro, nuestra personalidad y nuestras circunstancias. Por este motivo, la información permite al paciente conocer lo fundamental de su problema y, a partir de ahí, participar de un modo más activo en el tratamiento y confiar de una manera más razonada en el médico. Estamos convencidos, y hay estudios que así lo indican, de que una persona informada cumplirá mucho mejor el tratamiento que otra que no lo esté. Es éste uno de los propósitos de este libro.

¿No es mejor que el paciente no esté informado, ni lea ni se relacione con personas que sufren la misma enfermedad? ¿No puede esto empeorar su autoestima y obsesionarle indebidamente?

Esconderse como el avestruz y negar la realidad no nos hará más felices ni más libres. Cierto es que aceptar que se está enfermo es duro, pero tampoco es necesario dramatizar. No se trata de una enfermedad contagiosa. Hablar de ella no va a empeorarla. Debemos superar estos miedos ancestrales y afrontar dignamente el hecho de que debe tomarse medicación durante un tiempo prolongado y que, incluso así, pueden producirse recaídas. Muchas personas se encuentran en esa tesitura cada día: la diabetes, el asma, la hipertensión, el hipotiroidismo y muchas otras enfermedades entrañan la necesidad de aceptar tales circunstancias. Pero es necesario seguir adelante, la vida está llena de cosas bonitas que debemos descubrir y disfrutar. Si se hacen bien las cosas, en la mayoría de los casos la enfermedad queda controlada y no es necesario hospitalizarse nunca más.

¿Qué significan realmente los términos salud mental *o* normalidad*?*

Debe tenerse muy claro que *normalidad* es una palabra a la que se han atribuido connotaciones éticas sin que realmente las tenga. *Normal* es tan sólo un término estadístico que indica la pertenencia al grupo más frecuente, sin implicar ningún juicio valorativo. Tener un trastorno bipolar «no es normal» puesto que sólo lo sufren una minoría de la población (4 %). Aunque igualmente tampoco es «normal» no padecer ninguna enfermedad, odiar el fútbol, tener una talla que se aparte de la media estadística, no haber suspendido nunca un examen, etc.

¿Ser bipolar significa no ser una persona «normal»?

¿Qué responderíais si fuerais hipertensos y os hicieran la misma pregunta respecto a la hipertensión? Lamentablemente, las enfermedades que afectan al cerebro y la mente

aún tienen un halo de misterio y temor para la sociedad. La ignorancia de la gente en lo que a estos temas se refiere los convierte en tabú, lo cual alimenta todo tipo de prejuicios y de ideas erróneas. Grandes personajes de la historia han sufrido esta enfermedad y otras, y nadie los etiquetaría de anormales. Tener colesterol o diabetes no quiere decir ser anormal, sólo significa que algunos mecanismos que regulan el funcionamiento correcto de determinadas sustancias no están perfectamente ajustados. Ocurre lo mismo con el trastorno bipolar; pero en este caso las descompensaciones pueden traducirse en anomalías del comportamiento, en lugar de dolor, coma u otros síntomas que provocan las enfermedades físicas.

¿Soy un enfermo mental?

No «sois» enfermos mentales, si acaso, padecéis un trastorno mental. Fijaos en la diferencia entre las dos ideas: ser un enfermo mental implica que uno sólo puede definirse como tal, que uno «es» la enfermedad, que ambos son indistinguibles; por el contrario, el concepto «sufrir» una enfermedad psíquica nos acerca más al modelo médico tradicional, según el cual nadie definiría a una persona a partir de su patología. Así pues, vosotros sois, en primer lugar, personas con sus virtudes y defectos, con aficiones concretas, con preferencias, etc. y padecéis un trastorno bipolar, del mismo modo que vuestro vecino puede padecer del corazón.

¿Cómo se diagnostica la enfermedad?

No existen pruebas como análisis, radiografías o escáneres, que indiquen la existencia de la enfermedad. El diagnóstico se basa en la historia clínica y la observación por parte del médico especialista. Hay una serie de criterios que, si se cumplen, permiten afirmar que una persona padece esta enfermedad. A veces es extremadamente difícil diferenciarla de otras enfermedades y, sólo con el tiempo, termina viéndose claro el diagnóstico. Por eso, a algunos pacientes no se les diagnostica la enfermedad hasta pasados unos años, después de algunas descompensaciones. La medicina no es una ciencia exacta y, además, la enfermedad a veces aparece de

un modo atípico; por lo tanto, no es posible asegurar el diagnóstico sin miedo a cometer un error.

¿Cómo puede estar mi psiquiatra seguro de que sufro un trastorno bipolar?

En psiquiatría el diagnóstico se lleva a cabo a partir de unos criterios aceptados por la gran mayoría de la comunidad científica; estos criterios se basan en la presencia o no de un conjunto de síntomas. Un paciente que presente o haya presentado determinados conjuntos de síntomas maníacos o depresivos será, sin ninguna duda, un paciente bipolar. Es cierto que hay muchos pacientes bipolares a quienes se han diagnosticado simples depresiones o bien esquizofrenia. El hecho es que no hay ningún psiquiatra que, cuando se halla frente a un paciente deprimido, pueda averiguar si éste presentará posteriormente una euforia y pasará, por lo tanto, a recibir el diagnóstico de bipolar. Asimismo, algunas manías presentan un número tan elevado de sintomatología psicótica que cuesta distinguirlas de un episodio esquizofrénico, a pesar de que se trata de dos enfermedades completamente distintas. Por lo tanto, el diagnóstico suele realizarse basándose en la evolución de la enfermedad, excepto en aquellos casos en que el paciente presenta síntomas inequívocos (p. ej., manía sin síntomas psicóticos). Cabe tener en cuenta que, la mayoría de las veces, las dudas del propio afectado sobre su diagnóstico esconden la resistencia a aceptar la realidad y atrasan, por lo tanto, el inicio de un tratamiento eficaz.

¿Hay cada vez más bipolares?

No está claro si la frecuencia de esta enfermedad aumenta o si bien, con el perfeccionamiento de los criterios diagnósticos, los avances en psiquiatría y psicología, la mayor disponibilidad de información, el mayor nivel cultural medio de la población, etc., cada vez se diagnostican correctamente más casos de personas que, antaño, se habrían calificado erróneamente de «raras», «excéntricas», «mágicas» o «locas» y que, de este modo, pueden empezar a recibir un tratamiento adecuado que les permita llevar una vida mejor.

¿No es quizás todo el mundo un poco bipolar?

La mayoría de la gente sufre oscilaciones leves del estado de ánimo, lo cual no quiere decir forzosamente que tengan un trastorno bipolar, ya que no han sufrido nunca manía o depresión.

¿El trastorno bipolar es un trastorno de la personalidad?

No. El trastorno bipolar se engloba dentro de los trastornos del estado de ánimo o trastornos afectivos. Contrariamente a lo que ocurre con los trastornos de la personalidad, en los trastornos afectivos no hay alteraciones en los rasgos del carácter de la persona; la personalidad del sujeto permanece intacta incluso en los períodos de euforia o depresión, en que los síntomas esconden algunos rasgos de personalidad, lo cual puede dar la impresión equivocada de que la persona «ha cambiado de carácter».

¿Existen «pruebas físicas» (análisis, electroencefalogramas, radiografías) para asegurar el diagnóstico?

Actualmente, la psiquiatría no dispone de ningún modo de diagnosticar una enfermedad que no pase por la entrevista del clínico con el paciente. Ahora bien, se ha comprobado la existencia de algunos rasgos biológicos (respuesta a un determinado producto, alteraciones en los niveles de determinados neurotransmisores) característicos de los bipolares que, de momento, no tienen valor diagnóstico, pero podrían tenerlo en el futuro.

¿Cuál es la causa de la enfermedad?

En ésta y en la mayor parte de enfermedades, tanto físicas como psíquicas, no hay una causa única que explique el problema. En cambio, se sabe que para desarrollar la enfermedad es necesaria cierta predisposición genética que, junto con un seguido de circunstancias ambientales, desencadenaría el trastorno. Esto significa que a menudo existen antecedentes familiares de la enfermedad, aunque a veces pueden ser bastante lejanos, como tíos o abuelos. Que la enfermedad pueda

saltar de abuelos a nietos se explica porque ésta no se transmite automáticamente, sino que el hecho de tener familiares afectados aumenta el riesgo de padecer el trastorno. Los factores ambientales más importantes que pueden desencadenar la enfermedad en una persona con vulnerabilidad genética son los cambios hormonales (p. ej., un parto, la pubertad o la menopausia), el consumo de algunas drogas (LSD, cocaína, etc.), una situación muy estresante o la reducción de horas de sueño, entre otros.

Si la causa principal es genética, ¿puedo transmitirla a mis hijos?

Es posible, aunque lo más probable es que no sea así. Como ya hemos comentado, que una enfermedad sea hereditaria no significa que forzosamente todos los descendientes deban padecerla; lo mismo ocurre con otros rasgos hereditarios, como el color de los ojos o el pelo, o la forma de la nariz. Claro está que unos padres rubios tienen una probabilidad más alta de tener un hijo rubio, pero esto no será necesariamente así. Se ha calculado que la probabilidad de transmitir la enfermedad a los hijos, si sólo padece la enfermedad uno de los progenitores, es de aproximadamente el 15 %. Si ambos progenitores están afectados, esta probabilidad aumenta hasta el 50 %. Por otro lado, la intensidad de la enfermedad puede variar de una generación a otra, de modo que a veces únicamente se transmite cierta ciclotimia (tendencia a presentar cambios moderados del estado de ánimo), la gravedad de la cual es mucho menor. Por todo ello, no suele desaconsejarse tener hijos, aunque lo que sí puede ser un problema es el riesgo de recaída después del parto en las pacientes embarazadas, ya que éste es muy elevado (casi el 50 % si no se toman medidas).

¿Cómo puedo saber con antelación si mi hijo sufrirá o no un trastorno bipolar?

Actualmente, todavía no puede confirmarse con seguridad el diagnóstico de los familiares de primer grado del paciente bipolar (padres, hijos o hermanos) hasta que el

trastorno empieza a manifestarse y puede observarse clínicamente. Lo que sí sabemos es que éstos tienen un riesgo diez veces mayor que la población general de desarrollar la enfermedad.

A pesar de la proliferación del número de estudios genéticos, aún son reducidas las investigaciones que centran su atención en el trastorno bipolar y, por lo tanto, todavía no es posible identificar cuáles son los genes implicados; de todos modos no se descarta que se conozcan en un futuro inmediato. Además, las cosas no son tan simples como puede parecer, y, aparte de los genes, en la aparición de la enfermedad también intervienen otros factores biológicos y ambientales. Así pues, existen múltiples factores y variables implicados, por lo cual resulta imposible, por ahora, saber con antelación si los hijos terminarán sufriendo o no el trastorno. En todo caso, cabría plantearse la utilidad de esta información si tampoco puede prevenirse la eclosión de la enfermedad. Tan sólo puede observarse el comportamiento del hijo, y si se detectaran cambios considerables en su estado anímico habitual, o en la forma de actuar o relacionarse con los demás, tendríamos un motivo justificado para consultar a su psiquiatra y evaluar la necesidad de tratamiento o de efectuar visitas de control del seguimiento. Una de las etapas que quizá requiere mayor atención es la adolescencia, época en que se producen cambios notables, de modo que podrían pasar inadvertidos los primeros episodios de la enfermedad porque la sintomatología no fuera demasiado intensa o porque se tratara de formas más leves del trastorno, como por ejemplo la ciclotimia, donde las oscilaciones del estado de ánimo, el retraimiento o la expansividad, la apatía o la hiperactividad podrían confundirse con emociones y/o conductas típicas de esta etapa.

Si tengo un familiar afectado, ¿cómo puedo saber por adelantado si llegaré a desarrollar la enfermedad?

Por ahora no puede saberse. Es posible que en un futuro no demasiado lejano existan pruebas genéticas que nos permitan conocer la probabilidad de desarrollar ésta y otras enfer-

medades, pero, por ahora, tendremos que conformarnos con saber que puede ocurrir. Ahora bien, esto no significa que uno tenga que vivir preocupado por esta cuestión (ya hemos dicho que lo más probable es que la enfermedad no se manifieste), aunque es bueno saberlo porque en el caso desafortunado que la enfermedad aparezca, sabremos reaccionar con rapidez y ponernos rápidamente en tratamiento.

Si la enfermedad es genética, ¿por qué se me ha declarado siendo ya adulto?

El trastorno bipolar tiene una edad de inicio que oscila entre los veinte y los treinta y cinco años; el hecho de que la enfermedad empiece durante la última fase de la adolescencia obedece tanto a aspectos biológicos (cambios hormonales) como psicológicos. Es evidente que el nivel de estrés de un niño suele ser mucho menor que el de un adulto, por lo cual, en muchos casos, la enfermedad ya está presente, aunque de manera latente, durante la niñez y se manifiesta en el momento en que, aparte de los cambios biológicos característicos de la pubertad, se inicia el estrés. En este sentido, cabe destacar que la juventud es una etapa con cotas de estrés especialmente altas, puesto que es una etapa en la que deben tomarse muchas decisiones que afectarán muchas veces al futuro de quien las toma. Al mismo tiempo, la persona se somete constantemente a pruebas (tanto en el ámbito académico, laboral, afectivo, etc.), muchas veces cuando aún no ha alcanzado recursos básicos para dar una breve respuesta. Todo ello convierte la última fase de la adolescencia y la juventud en un período de riesgo para el inicio del curso de un trastorno mental en personas genéticamente vulnerables al mismo.

¿Se contagia el trastorno bipolar?

No, puesto que no se trata de una enfermedad infecciosa no puede contagiarse. El trastorno bipolar, tal como ya hemos dicho, es una enfermedad con base genética, lo cual significa que existe alguna posibilidad de que los hijos hereden el tras-

torno de sus padres. Eso no quiere decir en absoluto que el trastorno pase de padres a hijos por contagio.

¿Es el trastorno bipolar una invención de los médicos?

La denominación de *trastorno bipolar* es una etiqueta puesta por los especialistas para definir un conjunto similar de síntomas que padecen algunos pacientes y que evolucionan de un modo determinado. La etiqueta es una invención, pero la enfermedad ha existido siempre.

Trastorno bipolar o psicosis maníaco-depresiva. ¿Cuál es el nombre más adecuado para la enfermedad?

Puesto que no todos los pacientes bipolares sufren síntomas psicóticos, quizás es un poco equívoco denominar *psicosis* a la enfermedad bipolar. Por otro lado, las palabras *maníaco* y *depresivo* excluyen una parte de los bipolares que nunca han sufrido manía, sino episodios mixtos o fases hipomaníacas. Así pues, parece que la expresión *trastorno bipolar* se adapta más a la realidad de la enfermedad.

¿Por qué una vez me dijeron que lo que yo tenía era esquizofrenia?

La esquizofrenia y el trastorno bipolar pueden confundirse en algunos casos. De hecho, existen los pacientes esquizoafectivos, que padecen síntomas propios de ambas enfermedades y no pueden diferenciarse claramente. Puesto que no hay pruebas para confirmar el diagnóstico clínico, en los casos dudosos puede haber diferencias de criterio entre psiquiatras. Además, a veces la enfermedad empieza como una esquizofrenia y termina convirtiéndose en un claro trastorno bipolar, y al contrario. Antiguamente, la tendencia era diagnosticar más esquizofrenias que ahora, por lo que es posible que a algunas personas se les haya cambiado el diagnóstico recientemente. Como el tratamiento es distinto según el diagnóstico, lo fundamental es que sea adecuado, independientemente de la etiqueta de la enfermedad.

¿Tenemos los enfermos bipolares un riesgo elevado de volvernos esquizofrénicos?

No. La esquizofrenia es una enfermedad completamente distinta del trastorno bipolar. Si bien es verdad que hay pacientes bipolares que están más cerca de la esquizofrenia, ya que presentan un gran número de síntomas psicóticos de manera más o menos persistente, eso no quiere decir que puedan terminar sufriendo esquizofrenia. Es improbable «hacer el salto» de una enfermedad a otra.

¿Pueden presentar la enfermedad todas las personas?

Sí, aunque tienen una mayor probabilidad aquellas personas que tengan algún antecedente familiar. El estado de ánimo se regula por unas sustancias que pueden alterarse en cualquier persona a causa de una enfermedad, un traumatismo, el consumo de drogas o la suma de varios factores estresantes. Cualquier persona es susceptible de sufrir esta enfermedad, pero es cierto que unas lo son más que otras. Todos podríamos situarnos en una línea imaginaria que iría desde la persona más estable e inmutable que pueda existir, hasta el enfermo bipolar con ciclación rápida (sucesión de recaídas una tras otra). A partir de cierto punto, la oscilación se considera patológica (como pasa en la hipertensión) porque conlleva problemas a la persona que la padece. La frontera se hallaría en la ciclotimia.

¿Dónde se localiza la enfermedad?

Los mecanismos que regulan el estado de ánimo mediante unas sustancias denominadas *neurotransmisores* se localizan en una zona del cerebro denominada *sistema límbico*. Esta región cerebral, presente en todos los vertebrados pero con el desarrollo máximo en el ser humano, se ocupa de regular las emociones y las conductas más instintivas, como el sueño, la sexualidad, el hambre y otras. Su funcionamiento es muy complejo y se relaciona con otras zonas del cerebro y también del organismo mediante los citados neurotransmisores y las hormonas. Aunque aquellos que padecen la enfer-

medad bipolar no presenten ninguna lesión visible en el sistema límbico, sabemos que las sustancias que circulan por él no funcionan correctamente durante las descompensaciones, de modo que unas se producen en exceso y otras en defecto. Cuando la persona está eutímica o en remisión (sin síntomas), parece que estas sustancias funcionan correctamente; ahora bien, ante ciertos estímulos, como los cambios hormonales, cambios estacionales, situaciones de estrés…, su producción vuelve a desajustarse, lo cual se traduce en la nueva aparición de síntomas como son el insomnio, la pérdida del apetito y los cambios en el estado de ánimo.

¿Puede ser el tipo de educación recibida una causa del trastorno bipolar?

No, la enfermedad bipolar tiene una base biológica, genética. La educación recibida influye sobre su manera de ver el mundo y, por lo tanto, quizá sobre su modo de tolerar el estrés y hacer frente a la enfermedad, pero de ningún modo es la causa de la enfermedad.

¿Qué es exactamente la ciclación rápida?

Los pacientes que recaen cuatro veces o más al año se denominan *cicladores rápidos*. Son casos difíciles de tratar porque parece que no son tan sensibles al litio y les resulta muy difícil mantenerse eutímicos (ni eufóricos ni deprimidos). Existen casos de pacientes con ciclación ultrarrápida que pasan de la manía a la depresión y a la inversa cada veinticuatro horas, o menos, de manera ininterrumpida. Afortunadamente estos casos son raros, pero la ciclación rápida afecta aproximadamente al 15 % de los bipolares, tanto del tipo I como del tipo II. Se ha descubierto que la carbamazepina (Tegretol) y el ácido valproico (Depakine) y, en algún caso, la tiroxina (Levothroid, Dexnon) son bastante eficaces en estos pacientes, de modo que cada vez se tiende más a dar estos fármacos a los cicladores rápidos, solos o combinados con litio (Plenur). Otros antiepilépticos como la lamotrigina así como algunos antipsicóticos atípicos (olanzapina, aripiprazol) han demostrado eficacia como estabilizadores. La ciclación

rápida es un estado transitorio, aunque puede durar algunos años si no responde al tratamiento. En algún caso, la ciclación rápida puede estar favorecida por los antidepresivos denominados *tricíclicos*.

¿Qué es el trastorno esquizoafectivo bipolar?

Es una enfermedad que tiene rasgos comunes con el trastorno bipolar y la esquizofrenia. Podría considerarse una versión más grave de la enfermedad, en la que aparecen frecuentes delirios y alucinaciones, por lo que cabe tomar medicamentos antipsicóticos de mantenimiento (del tipo haloperidol o o bien risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol, ziprasidona).

¿Qué es el trastorno bipolar de tipo II?

Es una forma más benigna de la enfermedad, en que los períodos de euforia son más moderados y se denominan *hipomanía*. Las personas que sufren este trastorno no requieren ingresar por la euforia; ahora bien, sus depresiones pueden ser tan intensas como en el tipo I y, en algún caso, requieren hospitalización. En otros aspectos se parece al trastorno bipolar de tipo I, incluso en el tratamiento.

¿Qué es la ciclotimia?

Es una manifestación aún más suave del trastorno, hasta el punto que es difícil diferenciarla de los cambios normales del estado de ánimo. Las personas ciclotímicas tienen días buenos y días malos; un día pueden estar serias y meditativas, y otro mostrarse habladoras y extrovertidas, sin ningún motivo aparente. Les afectan los cambios de tiempo y otras circunstancias en apariencia poco importantes, lo que hace que sean personas bastante desconcertantes. Muchas veces ignoran que su modo de ser está relacionado con el hecho de sufrir una forma benigna de enfermedad, aunque a veces visitan al psiquiatra cuando una temporada de ánimo deprimido se prolonga demasiado. En muchos casos no es necesario seguir un tratamiento medicamentoso y en otros es útil el litio. No

se aconsejan los antidepresivos, ya que a menudo aumentan la tendencia a oscilar del estado de ánimo.

¿Qué son los síntomas psicóticos?

Hay dos grandes tipos de síntomas psicóticos: los delirios y las alucinaciones. Los delirios son pensamientos sin base real, interpretaciones erróneas de la realidad. Durante la manía, los delirios suelen ser de tipo grandioso, como por ejemplo el convencimiento de tener «superpoderes», una misión divina, etc.; mientras que, durante la depresión, el delirio suele tener contenidos de culpa o ruina. Las alucinaciones son percepciones sin objeto. Pueden ser visuales (ver caras), auditivas (oír voces) o de otro tipo (percibir un olor inexistente).

¿Qué son los neurotransmisores?

Son sustancias que circulan entre las neuronas, que son las células del cerebro que transmiten los impulsos nerviosos. Los principales neurotransmisores son serotonina, noradrenalina, acetilcolina, dopamina y GABA, aunque hay muchos más. Las neuronas se comunican entre sí y se envían estas sustancias que recogen unos receptores de la neurona contigua. Cada receptor tiene varias funciones específicas. El exceso de producción de algún neurotransmisor, como por ejemplo la dopamina, es responsable de la aparición de ideas delirantes y alucinaciones, que pueden producirse en descompensaciones graves de la enfermedad. Esta sustancia estimula el pensamiento asociativo y favorece de este modo la interpretación de que coincidencias azarosas o fortuitas tienen en realidad una causa común, generalmente referida a uno mismo; por ejemplo, el que un coche se ponga en marcha justo en el momento en que nosotros pasamos por delante suyo puede ser algo de lo que no nos demos cuenta o a lo que no demos importancia, o bien podemos interpretarlo como una muestra inequívoca de que estamos vigilados. La dopamina nos hace creer que cualquier cosa puede tener un segundo sentido, muchas veces amenazador. En situaciones de auténtico riesgo, esta función puede ser útil y adaptativa, pero en una situación normal el exceso de estas sustancias

hace que la persona se vuelva desconfiada hasta el punto de perder de vista la realidad.

¿Qué es la serotonina?

La serotonina es un neurotransmisor que realiza múltiples funciones en el sistema límbico cerebral. Participa en la regulación del sueño, el hambre, la agresividad, la sexualidad y el estado de ánimo, entre otras cosas. Cuando tiene lugar un descenso en la producción de esta sustancia puede aparecer la fase depresiva de la enfermedad; así pues, ésta se acompaña de trastornos del sueño, el hambre (por lo general pérdida, pero a veces aumento de éste) y las otras funciones controladas por la serotonina. Por eso resultan útiles los fármacos que estimulan la producción de serotonina, como algunos antidepresivos. El litio también actúa, en parte, controlando la cantidad de serotonina que va de una a otra neurona.

Si tengo un trastorno bipolar, ¿debo consultar con un psiquiatra o un psicólogo?

En principio debe consultarse con un psiquiatra, ya que éste podrá indicaros cuál es la medicación adecuada en vuestro caso. Más tarde, y una vez medicado, a menudo tiene utilidad la ayuda de un psicólogo para trabajar ciertos aspectos de la enfermedad, como por ejemplo la importancia de la regulación horaria, aprender a detectar los síntomas, controlar el estrés o trabajar sobre las consecuencias de la enfermedad en la vida diaria o en la idea de uno mismo. Asimismo, recordad que la medicación es imprescindible para tener controlada la enfermedad, no tratéis de «curar» la enfermedad únicamente con ayuda psicológica; ésta puede convenir, pero en el caso de los trastornos bipolares no es suficiente.

¿Significa el hecho de visitar a un psiquiatra, o un psicólogo, que no soy capaz de organizar mi vida solo?

En absoluto. Del mismo modo que tener que visitar a un dentista no quiere decir que no se sepa masticar. No es más importante ni más grave tener que visitar a profesionales de

la salud mental que al resto de profesionales médicos. Precisamente, el hecho de acudir con regularidad a las visitas del psiquiatra y/o del psicólogo es una muestra de la capacidad de ser responsable en lo que respecta a la propia vida y, por lo tanto, una forma de ejercer la autonomía personal. Visitar a un psiquiatra o a un psicólogo conlleva, en un primer momento, reconocer que alguna cosa «no marcha bien», lo que indica de por sí un acto de madurez.

¿Hasta qué punto tengo intimidad en una visita con mi psiquiatra o psicólogo? ¿Puedo dejar de explicar algunas cosas de mi vida privada?

Sería absurdo pretender que, en principio, sea necesario explicar al terapeuta todos los detalles de la propia vida íntima, ya que algunos no son relevantes para el diagnóstico y el tratamiento. Sí se recomienda contarle los cambios ocurridos entre visita y visita, tanto en lo que se refiere a síntomas como a cosas más destacadas que os hayan ocurrido en el trabajo o en las relaciones personales (p. ej., cambios en la situación laboral o de pareja, preocupaciones, etc.). De todos modos, cada relación paciente-terapeuta es distinta, y en cada una se establece naturalmente el grado de confianza que el paciente deposita en el terapeuta. Con el tiempo, el paciente aprende cuáles son las cosas de su vida que interesan al psiquiatra o psicólogo para llevar a cabo un tratamiento adecuado.

¿Estaré siempre subiendo y bajando?

No necesariamente. Tomar correctamente la medicación, llevar un ritmo de vida regular y controlado, y no tomar drogas garantiza, en la mayoría de casos, una mejoría clara de la enfermedad. Si se siguen estos tres consejos, muchos pacientes consiguen permanecer estables durante un largo período de tiempo, incluso toda la vida. Sin embargo, siempre existe cierto riesgo de presentar nuevos episodios, pero éstos serán menos graves si el individuo sigue el tratamiento correctamente.

¿Estaré siempre deprimido?

Un episodio depresivo representa, para la persona que lo padece, una sensación de desesperanza, la certeza de que no podrán resolverse todos sus problemas. Este pesimismo no sólo se refiere al presente sino que abarca también el pasado y el futuro. Así pues, la persona puede llegar a creer que siempre ha estado deprimida y no tener en cuenta los períodos de tiempo en que estaba eutímica, como si los hubiera olvidado. Esta sensación de que nada va a mejorar se extiende hacia el futuro, hasta el punto de estar convencida de que no saldrá nunca de la depresión, aunque se le diga que su reacción fue la misma en anteriores episodios depresivos de los que siempre se recuperó y que después volvió a la estabilidad. Por lo tanto, el episodio depresivo, por largo que pueda parecerle, constituye una fase más de la enfermedad, igual que los episodios de euforia y, por lo tanto, están delimitados en el tiempo, tienen un plazo, tras el cual llega la eutimia. La recuperación de un episodio depresivo es lenta y debe tenerse en cuenta que hay algunos síntomas, como la tristeza o el insomnio, que desaparecen antes que otros como pueden ser las dificultades para concentrarse y recordar o la apatía. Por esta razón a veces puede tenerse la impresión de no «quitarse la depresión de encima».

La ansiedad, ¿forma parte del trastorno bipolar?

Hay muchos bipolares (más del 20 %) que padecen ansiedad durante las descompensaciones, independientemente de si éstas son depresivas, maníacas o mixtas. Por otro lado, la ansiedad puede anunciar la llegada de una fase maníaca o mixta y también puede ser un síntoma de la manía o la depresión. Finalmente, hay pacientes bipolares que se quejan de ansiedad incluso cuando no están deprimidos ni eufóricos, del mismo modo que hay mucha gente que sufre ansiedad, pero no es bipolar.

¿Es el insomnio común en los bipolares?

El insomnio no es característico entre los bipolares en las fases de eutimia; ahora bien, muchos bipolares necesitan

tomar fármacos para dormir incluso en estas fases, para asegurar una buena calidad y cantidad de sueño. El insomnio nocturno puede aparecer durante las fases depresivas, aunque también puede producirse todo lo contrario, la hipersomnia, de modo que el paciente tiende a permanecer ratos largos o días enteros en la cama, deprimiéndose aún más. Durante los períodos de manía o hipomanía, más que de insomnio, deberíamos hablar de disminución de la necesidad de dormir, que suele agravar aún más el episodio.

¿Debe preocuparme la alegría?

No, No debéis preocuparos por la manía o la hipomanía. La alegría es tan sólo un síntoma más de las fases maníacas. Si se presenta por alguna causa y no se acompaña de otros síntomas (disminución de la necesidad de dormir, hiperactividad, ideas de grandeza, irritabilidad), la alegría no debe preocuparos. Recordad que ser bipolar no significa no poder tener emociones ni disfrutar de la vida.

¿Los enfermos bipolares son más violentos que el resto de la gente?

En absoluto. Lo que puede ocurrir es que en una descompensación maníaca surjan síntomas como la irritabilidad, la impulsividad o la agresividad, que desaparecerán por completo una vez terminada la fase, lo que indica que no se trata de rasgos de carácter de la persona, sino de síntomas de la enfermedad.

¿La irritabilidad es común entre los bipolares?

La irritabilidad es un síntoma que con frecuencia aparece en los episodios hipomaníacos, maníacos, depresivos y mixtos. En muchas ocasiones se trata de un pródromo o señal de advertencia del inicio de un episodio. La detección de este síntoma puede ser de gran utilidad, en especial cuando el incremento progresivo de la irritabilidad alerta sobre una fase maníaca. El comportamiento irritable comprende res-

puestas de rabia y enojo, y puede llegarse incluso a la brusquedad. Cuando este síntoma se agrava puede manifestarse una conducta claramente hostil. Las reacciones emocionales y comportamentales del paciente en fase aguda, por un lado, y la actitud de sus familiares por el otro –sobre todo antes de que la familia o el paciente sepan reconocer los síntomas de la enfermedad– pueden promover resentimientos que no desaparecen una vez que el episodio maníaco o depresivo remite. Durante los episodios de eutimia no suele ser habitual la presencia de irritabilidad.

¿Es el suicidio una elección libre del individuo?

No. Las ideas de suicidio son un síntoma de enfermedad y en la mayoría de los casos desaparecen cuando el paciente deja de estar deprimido.

Si tomo bien la medicación, ¿tengo la seguridad absoluta de que no volveré a recaer nunca más?

La seguridad absoluta no existe. Lo que está claro es que la probabilidad de una recaída se reduce enormemente con la medicación y, en el caso de que se produzca, se desarrolla más lentamente y con menos intensidad, lo cual permite actuar con prontitud. Por ello no basta cumplir bien el tratamiento; también es necesario evitar el consumo de drogas, regularizar los hábitos, evitar el estrés y estar atento a los síntomas de una posible descompensación.

¿Por qué hay personas que recaen mucho y otras que recaen poco?

Como en todas las enfermedades, en el trastorno bipolar hay distintos grados de gravedad. Según ésta, el tratamiento será más o menos intenso. Los pacientes con ciclación rápida (más de cuatro recaídas en un año) requieren por lo general más medicinas y dosis más elevadas. Los pacientes esquizoafectivos, que también son más graves, también necesitan un mayor número de fármacos. A veces, aunque el tratamiento sea intenso, es muy difícil o imposible controlar los síntomas

de la enfermedad; afortunadamente estos casos son una minoría.

¿Cómo es posible que, a pesar de seguir estrictamente el tratamiento y las indicaciones del psiquiatra, aún tenga recaídas?

Podríamos decir que tener hábitos más o menos regulares, dormir entre siete y nueve horas cada día y tomar estrictamente la medicación es una condición necesaria, pero no suficiente; reduce de algún modo las posibilidades de sufrir una recaída pero no las elimina. Lo que sí podemos afirmar es que si se toma la medicación y se siguen las instrucciones del psiquiatra/psicólogo, la recaída nunca será tan grave ni de tanta duración.

¿Existen períodos de mayor riesgo de recaída?

Sí. Los seis meses que siguen a una manía se consideran un período de especial riesgo de presentar otro episodio, tanto de euforia como de depresión. Por otro lado, los meses que siguen a la depresión conllevan un riesgo de manía elevado, en especial si no se retira a tiempo la medicación antidepresiva, algo que todos los psiquiatras tienen en cuenta. Otros períodos de riesgo de recaída son aquellos en que una persona está sometida a mucho estrés: cambios en el trabajo, situación familiar, muerte de un ser querido, períodos de exámenes, etc. Debe tenerse en cuenta que el signo de un acontecimiento estresante no determina el signo de una recaída: no es raro que se produzca una manía en personas que acaban de perder a un familiar o, al contrario, una depresión tras un ascenso laboral. Si usted es capaz de prever la posibilidad de que una acontecimiento importante le afecte, póngase en guardia; consulte al terapeuta y no rompa, bajo ningún concepto, el ritmo adecuado de horas de sueño, es decir, unas ocho horas diarias. Un período de riesgo que merece especial atención es el de las semanas posteriores al parto. Las mujeres bipolares a menudo sufren manías posparto que responden más a causas hormonales que al estrés o causas psicológicas. Una buena manera de intentar prevenirlas es restablecer la medicación inmediatamente después del parto.

¿La enfermedad se cura?

Esta enfermedad es como la diabetes o el asma, como tantas otras enfermedades que, aunque no pueden curarse, sí pueden mantenerse compensadas durante largos períodos de tiempo (incluso toda la vida, lo cual es lo más parecido a la curación). Afortunadamente, existen tratamientos tanto parar tratar las recaídas, cuando el paciente está maníaco o deprimido, como para evitarlas cuando se encuentra bien. Aunque para cualquier persona, sobre todo si es joven, es duro aceptar que deberá medicarse durante mucho tiempo, la mejor manera de reducir riesgos de recaídas y hospitalizaciones es ser consciente de esta necesidad y cumplir rigurosamente el tratamiento y los consejos de su médico.

¿Hay en el futuro alguna esperanza de curación absoluta del trastorno bipolar?

Actualmente no existe ningún modo de curar el trastorno bipolar. Es importante no dejarse llevar por voces optimistas que, por desinformación o mala fe, afirman haber hallado la curación definitiva para la enfermedad bipolar. La medicación es, hasta ahora, el método más eficaz de evitar recaídas o compensar la enfermedad. De todos modos, a causa de los espectaculares avances científicos de los últimos años en campos como la psicofarmacología, la psicocirugía o la genética, no puede descartarse que, en un futuro, pueda aparecer algún método para curar la enfermedad.

¿Es necesario medicarse toda la vida?

El riesgo de recaer existe durante toda la vida a partir del momento en que se establece claramente el diagnóstico de trastorno bipolar. Por este motivo, la mejor prevención es un tratamiento indefinido con los medicamentos adecuados (litio, etc.) para prevenir las descompensaciones. De todos modos, el riesgo de recaer disminuye a medida que se prolonga el período de remisión, es decir que, cuanto más tiempo lleve bien el paciente, más improbable es que recaiga. Por este motivo, y porque los fármacos también tienen sus inconve-

nientes, la tendencia actual es retirar la medicación poco a poco si el paciente lleva una temporada estable, por ejemplo cinco años. Aunque retirar los medicamentos no significa dar el alta al paciente; al contrario, sin medicinas es más importante que nunca una supervisión periódica. Actualmente se están realizando estudios para determinar cuál es el plazo ideal de tratamiento si el paciente no recae, aunque realmente resulta arriesgado retirar o abandonar la medicación y, al hacerlo, se está incrementando, de manera clara, la probabilidad de una recaída a corto o medio plazo. Puesto que el tratamiento debe adecuarse a las características de cada paciente, es su médico quien sabrá aconsejar mejor durante cuánto tiempo debe llevarse a cabo su seguimiento. Asimismo, si es el caso, el individuo no debe considerar como algo dramático tener que medicarse indefinidamente.

¿Puede estarse sin medicación?

Los pacientes que llevan mucho tiempo (cinco o seis años) tomando la medicación correctamente y no presentan ningún tipo de síntoma pueden consultar siempre con su psiquiatra, dejar la medicación. Se trata de una decisión que debe tomarse siempre de acuerdo con el psiquiatra y debe ser él quien decida empezar a reducir la dosis. Sin embargo, no debe olvidar que dejar la medicación tiene un riesgo y nunca debe ser una decisión precipitada. Recuerde que su objetivo no debe ser dejar la medicación, sino dejar atrás la enfermedad, es decir, estar bien.

¿Puede superarse una fase maníaca o depresiva sin tener que tomar más medicación?

Las fases agudas de la enfermedad remiten tarde o temprano; sin medicación se prolonga el episodio y mientras, la enfermedad tiene consecuencias desastrosas. Con el tratamiento profiláctico con eutimizantes (litio, carbamazepina, ácido valproico) se pretende que la próxima recaída no sea tan fuerte; pero para potenciar la eficacia del estabilizador del estado de ánimo se requieren fármacos que provoquen una reducción rápida en el caso de las euforias (antimaníacos), ya que ésta

sería más complicada con el eutimizante por sí solo. Ante una depresión moderada, se llevarán a cabo pequeñas variaciones en los eutimizantes, y si la intensidad de los síntomas lo requiere, se añadirá un antidepresivo, sin olvidar el riesgo de viraje hacia una manía; por lo tanto el psiquiatra informará de esta posibilidad al paciente a la hora de tomar una decisión.

¿La medicación afecta al cerebro?

Si por «afectar» entendemos «perjudicar», la respuesta es no. La medicación tan sólo regula la secreción de algunas sustancias que, en el caso del trastorno bipolar, se hallan en poca o demasiada cantidad en el cerebro, concretamente en el sistema límbico, que es la parte del cerebro encargada de regular las emociones. Por lo tanto, la medicación hace que el cerebro vuelva a funcionar correctamente.

¿La medicación es una droga? ¿Crea adicción?

Por lo general, la traducción directa de la palabra en inglés *drug* («medicamento», «fármaco») por droga ha dado lugar a malas interpretaciones y a una leyenda negra totalmente injustificada de los psicofármacos. La mayoría de ellos no pueden crear adicción, no «enganchan», sobre todo si se utilizan correctamente y bajo un control médico periódico.

¿Qué problemas ocasiona medicarse durante tantos años?

Por lo general, muchos menos que no medicarse. Es evidente que los medicamentos tienen sus efectos indeseables que dependen de modo específico de su composición. Aparte de algunos casos excepcionales, su utilización durante años no entraña complicaciones importantes. No pierden efecto con el uso (excepto los tranquilizantes), ni afectan a la personalidad. En algún caso el litio (Plenur) conlleva cierto desgaste del tiroides y el riñón, lo que le obliga a trabajar un poco más en las personas que reciben este tratamiento, ya que este órgano es responsable de eliminar sales de la sangre. La carbamazepina (Tegretol) y el ácido valproico (Depakine) pueden infla-

mar el hígado, aunque eso suele ocurrir siempre al principio del tratamiento y se detecta fácilmente con un análisis. La realidad es que en la mayoría de pacientes el tratamiento a largo plazo no causa problemas.

¿Puede la medicación ser perjudicial para mi organismo?

La medicación que debéis tomar tiene efectos beneficiosos o positivos tanto para tratar las fases agudas de la enfermedad como para prevenir futuras recaídas. Como contrapartida, también posee una serie de efectos adversos o negativos, más o menos frecuentes, que varían individualmente en número e intensidad. El litio y la carbamazepina, por ejemplo, pueden ser tóxicos si las concentraciones en sangre son elevadas (superiores a 1,5 mEq/l y 15 mg/l, respectivamente). Es indispensable seguir correctamente las pautas de medicación marcadas por el psiquiatra para evitar una intoxicación, y debe consultarse al médico si aparecen temblores intensos, náuseas, diarrea, visión borrosa, vértigo, confusión, ataxia (incapacidad de coordinar los movimientos). Para eliminar el exceso de litio del organismo suele utilizarse la hemodiálisis. Excepcionalmente, la medicación puede causar reacciones peligrosas para la vida del paciente, aunque, en general, la persona muestra rápidamente estos síntomas o cualquiera de los efectos secundarios que pueda experimentar, como temblores, molestias gastrointestinales, somnolencia, aumento de peso… La mayoría de las veces, estos efectos indeseables de los fármacos son transitorios y, en el caso de molestias intensas o permanentes, el especialista decidirá la conveniencia de efectuar cambios en el tratamiento o ajustar las dosis. Con este fin, se llevan a cabo análisis periódicos: para vigilar los niveles séricos del eutimizante o regulador del humor, y también se examinan las funciones tiroidea, renal y hepática, precisamente para controlar posibles efectos perjudiciales para el organismo.

¿No existe otra prevención que no sea con los medicamentos?

No hay nada tan eficaz como el litio y otros medicamentos eutimizantes para prevenir las recaídas, aunque está claro que

éstos no son la única prevención posible. Las cuatro reglas básicas que el paciente debe seguir para no recaer son:

1. Tomar correctamente la medicación.
2. No consumir drogas, incluido el alcohol.
3. Regularizar los hábitos de sueño y alimentación.
4. Reconocer a tiempo los síntomas iniciales de una posible descompensación y avisar rápidamente al médico.

Además, si es posible, conviene evitar las situaciones muy estresantes o los trabajos agotadores. En cambio, es apropiado practicar de manera regular un poco de ejercicio.

¿Son útiles los remedios naturales, como la acupuntura, las hierbas o las terapias alternativas?

Difícilmente existe algo más natural que el litio, que es un elemento de la tabla periódica parecido al sodio, que constituye parte de la sal que ponemos en la comida. No se ha demostrado que las infusiones, hierbas, agujas y otras terapias alternativas sean eficaces y, por lo tanto, no pueden sustituir a la medicación. Para mucha gente lo que hace atractivos los supuestos «tratamientos alternativos» es la ausencia de efectos secundarios y su apariencia «ecológica» o más natural, pero su principal característica es la ineficacia. Por lo general, las dosis que contienen las medicaciones homeopáticas son tan ínfimas que carecen de efectos secundarios, aunque también de efectos positivos o beneficiosos: constituyen el equivalente aproximado de beber un vaso de agua. En cualquier caso, seguir exclusivamente un tratamiento homeopático es un riesgo prácticamente seguro de recaída; por otro lado, es innecesario combinarlo con el tratamiento tradicional, porque nos haría dudar de la eficacia real de este último, que independientemente ya nos asegura una mayor estabilidad y un mejor funcionamiento.

A menudo la fe es ciega y, ante la ausencia de motivos racionales para seguir este tipo de tratamiento, sólo podemos entender que es la fe, o ciertas ideologías, lo que impulsa a algunas personas a preferir estas «terapias alternativas». Es

comprensible que, ante el diagnóstico de una enfermedad en cierto modo crónica, las personas asustadas se agarren a cualquier promesa de curación milagrosa. La realidad es que los tratamientos eficaces siempre conllevan un costo, sobre todo en lo que respecta a tener que soportar algunos efectos secundarios o indeseables de la medicación. Lamentablemente, muchas personas llegan a esta misma conclusión después de experimentar numerosas recaídas, ya que sustituyen los fármacos por «remedios naturales».

¿Existe algún otro tipo de ayuda?

En algunos países, incluida España, existen asociaciones de afectados y familiares que suministran información, apoyo e intercambio de experiencias que son de gran utilidad. En Estados Unidos, la National Depressive and Manic Depressive Association tiene más de 30.000 socios, ejerce una gran influencia sobre el gobierno y estimula la dedicación de recursos para la investigación y la asistencia de los afectados. Por ahora, en Cataluña hay una asociación con sede en Barcelona (Asociación de Bipolares de Cataluña, ABC; tel.: 934 274 422/932 749 338) y delegaciones en Girona, Manresa y otras ciudades. También hay una asociación en Madrid (Asociación Bipolar de Madrid, ABM; tel.: 914 135 011). Aunque prácticamente acaban de nacer, estas asociaciones ya ofrecen algunos servicios como reuniones de discusión, conferencias de expertos, edición de revistas y suministro continuo de información sobre la enfermedad.

¿Qué puede hacer la familia?

La familia puede hacer mucho por el paciente y su enfermedad. En primer lugar, en general son los primeros que advierten los síntomas de la recaída y pueden convencer al paciente de que se ponga en contacto con su médico para ajustar el tratamiento. La familia es un punto de apoyo de los pacientes en las fases de depresión, y en las de manía son los únicos capaces de soportar las dificultades que entraña la relación con el paciente. Es importante que los familiares (padres, hermanos, cónyuges, etc.) conozcan bien las características de la

enfermedad, que no confundan los síntomas con actitudes voluntarias (la desinhibición con la irresponsabilidad, la apatía con la dejadez...). Aunque resulte difícil de entender que la conducta del paciente se halla condicionada por su estado psíquico, la mejor manera de ayudarle es evitando las simplificaciones explicativas y los calificativos como: es un vago, es un descarado y un fresco... Afortunadamente, la mayoría de familias terminan por entender bien la enfermedad y participan activamente en su tratamiento, supervisando y recordando al paciente la necesidad de no olvidar la medicación.

¿Existe algún método para que no me olvide de tomar la medicación?

Cada paciente termina hallando su manera propia de no olvidar los medicamentos. Suele dar muy buenos resultados hacer que coincidan las tomas de medicación con las horas de las comidas, sobre todo si se come en casa. Hay quien deja la medicación en lugares muy visibles, de modo que el hecho de verla a menudo le facilita recordar que debe tomarla. Otros métodos más sofisticados consisten en utilizar pastilleros con alarma, que avisan al paciente cuando debe tomarse la medicación (a veces basta con utilizar la alarma de un reloj). Ahora bien, los pacientes que llevan suficiente tiempo medicándose de manera regular no suelen olvidarse de tomar la medicación, ya que la toman de manera automática sin tener que pensar en hacerlo, como una costumbre, y ésta es, sin lugar a dudas, la mejor manera de tomarse la medicación.

¿Puede ser que la medicación cambie la personalidad?

En absoluto. La medicación afecta a la enfermedad y a sus síntomas, no a la personalidad. Hay pacientes que tras estar mucho tiempo deprimidos confunden la depresión con un rasgo de personalidad propio, de modo que cuando mejoran creen que están cambiando; lo que realmente ocurre es que al ceder los síntomas surgen los rasgos de carácter que la depresión escondía. Los medicamentos actúan sobre la enfermedad, no sobre la forma de ser.

¿Puedo dar sangre si estoy tomando medicación?

Nadie que esté tomando un medicamento de forma continua puede dar sangre.

¿Me falta litio en la sangre?

No os falta litio, sino que necesitáis litio. El litio es una sustancia que, en dosis mínimas, ya se encuentra en nuestra sangre, aunque no se sabe bien por qué a dosis mayores actúa como estabilizador del estado de ánimo.

¿Cómo puedo saber si me estoy intoxicando debido al litio?

Aunque es cierto que el litio es potencialmente tóxico, existen pocos casos de intoxicación involuntaria con litio, ya que la litemia sirve, entre otras cosas, para vigilar que el litio no alcance niveles tóxicos. Algunos síntomas clásicos de intoxicación serían la aparición de vértigos, vómitos, convulsiones, visión borrosa o estados confusionales de desorientación. También es frecuente la agudización del temblor que algunos pacientes sufren como efecto secundario.

¿Cuáles son los riesgos de abandonar el litio?

Es obvio. El riesgo más importante cuando deja de tomarse litio es la recaída; de hecho, el 80 % de los bipolares que abandonan el litio recaen de manera brusca antes de un año. También debe tenerse en cuenta que dejar bruscamente el litio entraña el riesgo de crear resistencia a este medicamento, de modo que es posible que tenga menos efecto la próxima vez que se tome.

¿Cuáles son los efectos secundarios del litio?

Los efectos secundarios más característicos son la aparición de diarreas, mayor necesidad de orinar, aumento de la sed y un ligero aumento de peso debido a la retención de líquidos (no olvidemos que el litio es una sal); también pueden aparecer temblores, molestias gastrointestinales o acné. Debemos tener en cuenta que los efectos del litio, como los de la mayo-

ría de medicamentos, son especialmente importantes a la hora de empezar el tratamiento y que pasados unos días suelen perder su intensidad o desaparecer completamente.

¿Para qué sirven las litemias?

Los efectos terapéuticos del litio están muy relacionados con su concentración en la sangre, como también lo están sus efectos tóxicos. La litemia nos dice cuál es exactamente el nivel de litio en sangre. Conocer el nivel sérico de litio es muy importante para estar seguros de que:

1. El medicamento está presente en el organismo en una cantidad suficiente para hacer efecto.
2. No se produce intoxicación alguna.
3. El paciente toma el litio correctamente.

La litemia no debe estar nunca por debajo de 0,4 ni por encima de 1,4 mEq/l. En el primer caso significaría que o bien no se toma el litio correctamente o bien, por alguna razón, no se absorbe de manera correcta y, por tanto, no llevará a cabo su efecto terapéutico. Una litemia por encima de 1,4 entraña un riesgo importante de intoxicación. Así pues, la litemia ideal se sitúa entre 0,7 y 1.

¿Con qué frecuencia deben hacerse las litemias?

La frecuencia de los análisis es variable y depende del paciente, el momento de la enfermedad y otros factores. Al principio, cuando el paciente empieza a tomar litio, serán necesarias varias litemias, hasta acertar la dosis óptima, es decir, aquella en que el litio tiene su máximo efecto terapéutico y produce el menor número de molestias. Una vez determinado este nivel, variable en cada paciente, deberán hacerse litemias en las siguientes situaciones:

1. Cada vez que se modifique la dosis.
2. Analítica de control una o dos veces al año.
3. Si sospechamos que el paciente no toma correctamente la medicación.
4. Si sospechamos una intoxicación.

¿Qué medicamentos son incompatibles con el tratamiento de la enfermedad?

Si os estáis medicando con litio, tenéis que comentarlo siempre que consultéis a otro especialista ya que podrían producirse efectos no deseables en el caso de combinar el litio con otros fármacos contraindicados. Así pues, algunos medicamentos pueden incrementar los niveles plasmáticos de litio, como los diuréticos, que causan modificaciones del líquido corporal total. También pueden modificarse las concentraciones de litio mediante fármacos para el control de la hipertensión arterial y los antiinflamatorios no esteroideos. Se han observado casos de neurotoxicidad al combinar litio con neurolépticos, aunque a menudo se utilizan juntos sin que se produzcan efectos adversos graves.

Tomo algún medicamento que hace que engorde. ¿Cómo puedo saber cuál es? ¿Qué puedo hacer para evitar engordar?

El litio es uno de los medicamentos que puede producir un incremento del peso. Decimos puede porque esto no ocurre siempre en todas las personas tratadas con litio, si bien se trata de un efecto secundario que suele aparecer sobre todo al inicio del tratamiento y que afecta a un grupo considerable de pacientes. Esto ocurre porque el litio es una sal y, como tal, favorece la retención de líquidos; pasaría algo parecido si tomáramos alimentos con un alto contenido de sal, también se produciría mayor retención de líquidos. Además del litio, algunos medicamentos de acción antidepresiva facilitan un aumento de peso de forma indirecta, puesto que mejoran el apetito y, en consecuencia, se consumen más hidratos de carbono. El ácido valproico, otro eutimizante o estabilizador del estado de ánimo, puede facilitar un ligero incremento del peso en algunos casos. Algunos antipsicóticos atípicos pueden producir también aumento de peso, especialmente la clozapina y la olanzapina. Puesto que el litio o cualquier otro eutimizante constituyen un tratamiento eficaz e indispensable para mantener compensada la enfermedad, debemos recurrir a otro tipo de medida para regular el aumento de peso. Básicamente, se tratará de cuidar nuestra dieta, procurando que sea equili-

brada y variada. No empecéis nunca una dieta restrictiva, sin consultar con vuestro médico, para perder aquellos quilos que habéis ganado; dejad que sea el especialista quien os oriente. Se aconseja no «picar» entre las horas de las comidas establecidas: desayuno, almuerzo y cena, y si se quiere, merienda. Otra medida indispensable es seguir un horario regular de alimentación y no saltarse las comidas. Lo más seguro es que también ayude la práctica de algún tipo de ejercicio físico, desde caminar cada día una hora como mínimo hasta la práctica de deportes tan completos como la natación. Por el contrario, la inactividad no le ayudará a no engordar.

¿Es útil la terapia electroconvulsiva en el tratamiento del trastorno bipolar?

La terapia electroconvulsiva (TEC) puede ser muy útil, sobre todo en casos resistentes al tratamiento farmacológico, cuando se han llevado a cabo múltiples intentos con distintas medicaciones prácticamente sin resultados. Además de aplicarse este tipo de tratamiento en pacientes que no responden a la medicación, también es útil aplicarlo en aquellos pacientes que no toleran los psicofármacos. Se trata de una técnica eficaz y de acción rápida que, por lo general combinada con la medicación, permite observar cambios más rápidos que sólo con medicación; en especial cuando el episodio presenta mayor gravedad: presencia de síntomas psicóticos o riesgo de suicidio. La TEC ha demostrado su utilidad indiscutible en el tratamiento de episodios depresivos, pero también en las fases maníacas e, incluso, mixtas. La TEC puede adquirir un carácter preventivo como tratamiento de mantenimiento, lo cual la convierte en una de las mejores opciones cuando la medicación no acaba de dar resultados definitivos, en aquellos casos que se caracterizan por un curso crónico, complicaciones o intolerancia a los psicofármacos.

¿En qué consiste la terapia electroconvulsiva?

La TEC, conocida más popularmente con el nombre de electrochoque, consiste en aplicar una pequeña descarga eléctrica que provoca una crisis convulsiva durante escasos

segundos. Generalmente requiere el ingreso en un hospital, donde se lleva a cabo con el uso de anestesia y relajantes musculares. El número de sesiones de TEC oscila entre seis y doce, en función de la gravedad y cronicidad del cuadro o episodio. Su uso en el trastorno bipolar se inició en las décadas de 1940 y 1950 con un gran éxito. Está indicada en pacientes en los que ha fracasado el tratamiento farmacológico, o bien cuando los fármacos producen efectos secundarios intolerables.

¿Es peligrosa la terapia electroconvulsiva?

La mala fama, aunque inmerecida, de la TEC difundida por algunos medios de comunicación, junto con la aparición de los psicofármacos –eutimizantes, antimaníacos y antidepresivos– llevó a una reducción de su uso durante un período de tiempo prolongado. A lo largo de los últimos años, ha vuelto a recuperarse con éxito y mayor rigor metodológico, y se ha demostrado que no es sólo un tratamiento eficaz, sino también seguro. Por este motivo, la TEC está indicada incluso durante el embarazo, porque carece de efectos perjudiciales sobre el feto. Sin embargo, el uso de litio u otros eutimizantes implicaría una mayor monitorización o control debido al riesgo de anomalías congénitas, aunque dicho riesgo ha sido muy discutido en los últimos años. Recientes investigaciones señalan que la probabilidad de malformaciones es mucho menor de lo que pensábamos.

Los adelantos en la técnica de aplicación convierten a la TEC en una opción útil y actual, tanto en los episodios depresivos como en las fases maníacas, así como en la prevención de recurrencias. No tiene prácticamente complicaciones o efectos secundarios; puede producirse una pérdida de memoria que, por lo general, se circunscribe al período de tratamiento con TEC y que puede recuperarse tras el tratamiento.

¿Es útil la psicoterapia?

Las terapias psicológicas son útiles para ayudar a las personas a superar las dificultades que les plantea la vida y cono-

cerse mejor a sí mismas, pero no curan las enfermedades. Por lo tanto, no sustituyen a la medicación, aunque sí pueden complementarla. La terapia sirve para afrontar con mayor entereza las complicaciones de la enfermedad y mejorar las relaciones con otras personas. Existen muchos tipos de terapia, pero las más adecuadas en este trastorno son las que proporcionan información y apoyo emocional, sin necesidad de recurrir al análisis profundo de la infancia o la biografía del afectado. Resumiendo, la psicoterapia puede ser un buen complemento de la medicación, aunque no es imprescindible.

¿Puede el psicoanálisis curar el trastorno bipolar?

Ni el psicoanálisis ni la medicación pueden curar el trastorno bipolar. Sin embargo, se ha demostrado que el tratamiento farmacológico es muy efectivo a la hora de prevenir recaídas y prolongar el período asintomático entre crisis; también se ha demostrado su efectividad para remitir las descompensaciones de la enfermedad. Hasta ahora, no se ha demostrado la eficacia del psicoanálisis en ninguno de estos dos aspectos.

¿Cómo puede ayudar un psicólogo?

Hay diferentes aspectos en que un psicólogo os puede ayudar. El primero y más esencial es enseñar técnicas y trucos para controlar la enfermedad que complementen la medicación. Otro aspecto importante de la intervención del psicólogo es que puede ayudar a controlar y aligerar los factores de estrés inherentes a la vida de cualquier persona que, en el caso de los afectados por el trastorno bipolar, son determinantes para que la enfermedad esté bien compensada. Debe tenerse muy claro que la enfermedad no puede tratarse exclusivamente con psicoterapia, aunque ésta puede ser un buen complemento, siempre que su psicólogo tenga experiencia en el tratamiento de la enfermedad. Paralelamente, es importante que la terapia también aborde otros aspectos personales, consecuencia o no de la enfermedad, que pueden preocupar al paciente como pueden ser la relación con la familia, los amigos, problemas de autoestima, ansiedad, etc.

¿Cómo pueden ayudarme las asociaciones de afectados?

Conocer a gente que tenga un problema similar al vuestro tiene bastantes ventajas; por un lado dejaréis de sentiros como un bicho raro, como un excéntrico o un maniático, al ver que a otras personas, en principio distintas, les ocurren cosas parecidas. Conocer a personas que ya llevan un tiempo conviviendo con el trastorno bipolar puede ayudar, en un primer momento, a aprender «trucos» (p. ej., para no olvidar la medicación, para hacer frente a algunos de sus efectos secundarios, etc.) o actitudes que faciliten la adaptación al diagnóstico y a la medicación.

Por otro lado, el asociacionismo tiene por misión defender los derechos de los afectados, divulgar la realidad de la enfermedad entre la sociedad para que deje de ser un estigma y exigir mayor atención de las administraciones hacia los problemas medicosociolaborales que implica en muchos casos padecer un trastorno.

¿Pueden la oración y las creencias religiosas ayudarme?

Es evidente que a la persona creyente aferrarse a su religión le ofrece mayor seguridad y le permite aceptar su realidad y sus potencialidades, así como sus propias limitaciones. No obstante, a pesar de que la religión puede ayudar a superar obstáculos e incluso a convivir con la enfermedad, no constituye por sí misma un remedio para vencer el trastorno bipolar.

¿Pueden ayudarme la meditación y el yoga?

Sí, siempre que se orienten como actividades que ayudan a encontrarse más a gusto con uno mismo; del mismo modo que os haría sentir bien hacer una excursión, ir al cine o al teatro o disfrutar de la compañía de los amigos. Tanto la meditación como el yoga son inocuos, es decir que no tienen efectos perjudiciales, pero no deben entenderse como un tratamiento para el trastorno bipolar. En cualquier caso, estas actividades combinadas con la medicación pueden proporcionar una mejor calidad de vida.

¿Me ayuda el ejercicio físico a tratar mi trastorno bipolar?

El ejercicio físico moderado ayuda a encontrarse en forma y, en consecuencia, hace que se experimente una mayor sensación de bienestar físico y psicológico. Así como la medicación, el yoga o el *tai-chi*, la práctica de ejercicio físico regular es beneficiosa para cualquier persona, aunque, insistimos, no puede destronar al tratamiento farmacológico; en todo caso, debe añadirse a éste.

Debería llevarse cierto control de los deportistas con trastorno bipolar, en el caso de que practiquen deporte durante más de una hora al día, ya que el litio se distribuye por el agua corporal y los episodios de deshidratación podrían afectar a las concentraciones de litio en la sangre, que incrementarían y producirían efectos de toxicidad.

¿Hay alguna dieta que sea beneficiosa para el tratamiento del trastorno bipolar?

No existe ningún tipo de dieta con esta finalidad en concreto. La mejor dieta es la que combina variedad y equilibrio, es decir, la que incorpora pescado, carne, productos lácteos, legumbres, fruta, verdura... Es fundamental no hacer regímenes restrictivos, en especial los hiposódicos, ya que el litio es una sal, y, si nuestro organismo detecta déficit de sodio, escogerá el litio como sustituto, incrementará así su nivel en sangre y, como consecuencia, pueden aparecer efectos de toxicidad.

De hecho, puede comerse de todo, no hay alimentos prohibidos, simplemente se recomienda seguir unos horarios establecidos: desayuno, almuerzo, merienda (opcional) y cena. Además, estas pautas adquieren más sentido si tenemos en cuenta que es precisamente el hecho de comer entre horas lo que favorece que una persona engorde. El equilibrio consiste básicamente en no saltarse ninguna comida, ya que si se hace, después se tiene más hambre y se llevan a cabo descompensaciones con los alimentos, a menudo más calóricos, entre horas.

¿Cómo afectan los factores meteorológicos a una persona bipolar?

Más que el tiempo en sí, lo que más afecta a una persona bipolar son las estaciones del año. Muchos pacientes bipolares siguen un «patrón estacional», es decir que tienden a recaer siempre por las mismas fechas. La primavera, por ejemplo, suele ser para muchos pacientes una época de especial riesgo de recaída. En estos casos, merece la pena hacer que coincidan las visitas al psiquiatra con las épocas de mayor riesgo.

¿Cómo afectan las drogas a la evolución de mi trastorno bipolar?

Las drogas tienen la particularidad de fomentar su abuso y dependencia. Aproximadamente el 60 % de los bipolares abusan de drogas, sobre todo del alcohol. El consumo de drogas y su dependencia empeora el curso y pronóstico de la enfermedad, propicia que los períodos de eutimia sean más cortos y facilita el ingreso.

Muchos pacientes toman drogas como forma de automedicarse, para aliviar los síntomas; por ejemplo, beber alcohol para reducir la ansiedad y conseguir un efecto euforizante inicial, a pesar de su posterior acción depresora. En general, los efectos de las drogas a largo plazo son devastadores.

Incluso el café puede ser perjudicial, en especial si se consume por la tarde, debido a su efecto estimulante que puede alterar el patrón de sueño. Se desaconseja la cafeína en las fase hipomaníacas o maníacas, mientras que en un estado depresivo puede ayudar a activar a la persona a primera hora de la mañana. En cuanto al tabaco, no se aconseja una abstinencia brusca ya que podría provocar el inicio de un cuadro depresivo. El consumo de otras sustancias como la marihuana, la cocaína, los ácidos y las drogas de diseño, puede entrañar la aparición inmediata de un cuadro maníaco o mixto. El consumo crónico de drogas supone un empeoramiento notable de la enfermedad. Otro aspecto a destacar es el uso de algunos psicofármacos (tranquilizantes, somníferos) como drogas. La dependencia y el mal uso de la medi-

cación, junto con las repentinas interrupciones del tratamiento, constituyen una complicación añadida para el trastorno bipolar.

¿Puedo beber alcohol?

No se aconseja en absoluto. Tanto el consumo de alcohol como de otras drogas puede empeorar la evolución de la enfermedad. Aunque el efecto inicial de la bebida sea euforizante, hemos de tener en cuenta que se trata de un depresor y, a largo plazo, agrava la sintomatología ansiosa y depresiva. Sus efectos sobre la salud física y mental son nefastos. Además, no por tratarse de una droga legalizada entraña menor peligrosidad, comparada con el resto de drogas.

¿Es posible que una vida más tranquila fuera la solución de mi trastorno bipolar?

Es indudable que disfrutar de una vida tranquila supone, para cualquier persona, un mayor bienestar físico y psicológico. Esto significa intentar reducir el número de situaciones estresantes, a pesar de que algunas de estas situaciones serán inevitables. En cualquier caso, deberíamos matizar que, aparte de llevar una vida tranquila, se requieren otros factores importantes

- Eliminar el consumo de sustancias tóxicas.
- Potenciar la regularidad en los hábitos de sueño, actividad y alimentación.
- Ejercicio físico moderado.
- Aprender a relajarse.

No obstante, el hecho de llevar una vida «relajada» no inmuniza por sí misma contra las recaídas, por lo cual no podemos esperar que sea la solución para curar el trastorno bipolar.

La mejor combinación para mantener estabilizada la enfermedad es seguir el tratamiento farmacológico indi-

cado por el psiquiatra, además de intentar evitar los factores estresantes innecesarios. Todas estas medidas constituyen un complemento del tratamiento psiquiátrico, sin el cual éstas son insuficientes para conseguir la estabilidad o eutimia.

¿Cómo afecta el estrés al trastorno bipolar?

Entendemos por estrés el esfuerzo de adaptación que hace nuestro organismo ante una situación nueva. En el caso de los trastornos bipolares, los acontecimientos vitales que provocan una sobreestimulación –tanto de carácter positivo como negativo– son potencialmente peligrosos por el riesgo de desembocar en una situación estresante que lleve a una recaída. Es interesante señalar que el hecho de que un acontecimiento sea positivo o negativo no implica que el episodio que pueda desencadenarse por su causa sea de depresión o euforia. Es decir, una persona puede caer en una fase de euforia ante una situación muy negativa (p. ej., la muerte de un familiar) o presentar una depresión ante una situación en principio positiva (p. ej., un ascenso laboral) o bien a la inversa.

La prevención de acontecimientos vitales no es siempre posible; por lo tanto, será indispensable aprender a identificar probables situaciones de riesgo e intentar modular las reacciones, teniendo en cuenta que la salud es prioritaria. Procurad no sobredimensionar los problemas, no darles más importancia de la que realmente tienen; por ejemplo, suspender un examen no es el fin del mundo. El estrés crónico, estrés sostenido durante un tiempo prolongado, podrá controlarse mejor si procuráis llevar un estilo de vida adecuado, vigilando los hábitos de sueño, alimentación y actividad, tal como ya comentamos con anterioridad. Pueden ser útiles algunas técnicas psicológicas para controlar el estrés, como las técnicas de relajación o el entrenamiento en la resolución de problemas, que amplían los recursos para afrontar las dificultades y facilitan la toma de decisiones (v. apartado dedicado al estrés).

Mi psiquiatra afirma que dormir es muy importante; ¿quiere esto decir que no puedo salir por la noche?

No exactamente. Se puede salir de noche y seguir llevando una vida social activa. Aunque será necesario procurar dormir un mínimo de ocho horas; por lo tanto, será mejor salir únicamente aquellos días en que uno está seguro de que podrá quedarse en la cama durante buena parte de la mañana siguiente.

De todos modos, el ritmo de vida social característico de un sector notable de la población joven implica muchas veces salir hasta altas horas tres o cuatro noches por semana. Esto lleva a un desorden horario absolutamente perjudicial, sobre todo para las personas con trastorno bipolar, puesto que llevar un ritmo de sueño regular es algo que se recomienda a todo el mundo y constituye una medida preventiva en diversas enfermedades, mentales o no.

Acabo de pasar por una fase maníaca y ahora me siento «apagado». ¿Qué puedo hacer?

Es bastante habitual que, después de una fase maníaca, el paciente experimente un período en que se sienta más apagado, sin energía, sin ganas de hacer cosas, etc. Esto se debe a la combinación de tres tipos de factores; unos de matiz más psicológico, ya que el paciente compara el nivel de activación e intensidad que tenía durante la manía con el que tiene entonces y tiende a ver su realidad actual como «descafeinada», en comparación con la intensidad maníaca. Otro sería muy similar, pero más «biológico»; el propio cerebro, después de una fase sobreproductiva, termina por funcionar a un nivel inferior. El tercer factor que intervendría estaría relacionado con la medicación antimaníaca, que suele dar sensación de fatiga física o aplatanamiento.

Es en estos casos cuando realmente se vuelve importante lo que uno puede hacer por sí mismo, como aumentar el ritmo de actividad, regular las horas de sueño (nunca más de nueve horas) e implicarse en alguna actividad con carácter regular que impida que la apatía gobierne a la persona. Si no, lo que

era el final de un episodio puede convertirse en el principio de otro de distinto signo.

Cuando estoy deprimido mis amigos me sugieren que intente divertirme, que vaya al cine o me tome unas vacaciones. Ninguno de estos consejos me sirve de nada. ¿Por qué?

Sus amigos desean aconsejarle con la mejor intención y, en varias ocasiones, desde el desconocimiento de la enfermedad.

Desde el momento en que una persona se halla en medio de un episodio depresivo, disminuye su nivel de energía y su interés por actividades que previamente le resultaban satisfactorias. Cualquier actividad, gratificante o no, le supone un gran esfuerzo, por lo cual se abandonan progresivamente estas actividades y, a veces, incluso las obligaciones y las responsabilidades. A lo anterior se suman sentimientos de incapacidad y culpabilidad por no afrontar cada día estas tareas, con la consiguiente sensación de fracaso y desesperanza.

Los amigos y familiares, con sus recomendaciones o sugerencias, os transmiten su preocupación por vuestro estado y creen positivamente que así pueden ayudaros, aunque sus indicaciones se perciban como recordatorio de que no estáis cumpliendo y ello haga que os sintáis más culpables e, incluso, que tengáis pensamientos del tipo: «no sirvo para nada», «soy un inútil»... Este tipo de ideas o cogniciones son muy comunes cuando uno está deprimido.

Si bien es cierto que la medicación eutimizante y/o antidepresiva permitirá la remisión del episodio, este proceso se agilizará si paralelamente incrementamos de manera gradual el nivel de actividad, empezando por aquellas tareas más prioritarias y posponiendo las que no sean tan urgentes, incluyendo actividades gratificantes como, por ejemplo, comer nuestro plato favorito, ir al cine, etc.

Establecer metas realistas que estén a vuestro alcance os ayudará; empezad por alguna tarea simple, porque si pretendéis hacer más de lo que materialmente podéis hacer y no alcanzáis vuestra meta, podríais tener la sensación de incompetencia.

Es interesante saber que los episodios de depresión leve o moderada pueden remontarse la mayoría de las veces, que puede recuperarse progresivamente el nivel habitual de actividad y sin necesidad de antidepresivos que tienen el riesgo de producir un viraje hacia una fase maníaca.

Volviendo a la pregunta, en realidad, los amigos no van totalmente desencaminados cuando os aconsejan que recuperéis actividades con las que disfrutabais antes de la depresión, siempre que no os fuercen o sean exageradamente insistentes. Es preferible que sea cada uno quien marque sus propios objetivos. Recordad que la apatía y la inercia son síntomas de depresión y, sobre todo, que el esfuerzo desempeña un papel insustituible para salir de un episodio depresivo. Así, observaréis cómo la recuperación de niveles previos de actividad os devuelve la confianza, os hace sentir más motivados y con más energía.

¿Cómo puede combatirse la irritabilidad?

La mejor manera de hacer frente a la irritabilidad es sabiendo identificar su aparición y siendo conscientes de sus fluctuaciones. Podemos utilizar un gráfico del estado de ánimo que refleje los cambios diarios de uno o más síntomas, lo cual nos proporcionará, además de una adecuada autocrítica, una sensación de mayor control, ya que se registran de modo sistemático las variaciones sintomáticas. Este registro constituye un sistema simple para que el paciente descubra si, aparte de estar irritable, presenta otros síntomas, como la reducción de la necesidad de dormir o la hiperactividad.

Algunas pautas para controlar la irritabilidad son:

- Establecer un patrón regular de sueño. Es decir, debe procurarse dormir un mínimo de ocho horas diarias.
- Es indispensable seguir adecuadamente la medicación e incluso evaluar, por parte del psiquiatra, si conviene aumentarla.
- Lo principal es saber identificar señales que indiquen ira o cólera para evitar su aparición antes de que estalle (inquietud, ansiedad, rubor...).

– Una vez detectadas estas señales de aviso:

- Podrá posponer el tema de discusión para otro momento más oportuno o adecuado.
- odrá considerar las posibles consecuencias que podrían derivar de la discusión.
- Podrá intentar comprender la postura del otro.
- Podrá contar hasta diez o practicar algún ejercicio de relajación o respiración controlada.

– Conviene que los familiares no respondan con ira ante la reacción del paciente. Por el contrario, es preferible no responder de un modo acalorado, mantener un tono de voz bajo o, incluso, abandonar la habitación el tiempo suficiente para que el paciente pueda recuperar el control o simplemente «se calme». Otra opción sería manifestar empatía o identificarse de algún modo con el paciente y con su malestar o enojo («entiendo que estés enfadado», «no era mi intención»), sin que ello se confunda con ceder. Es cierto que esta alternativa servirá en muchas ocasiones para evitar mayores conflictos. En última instancia, es importante que el familiar indique al paciente, si éste no se da cuenta, la presencia de irritabilidad como principal problema y desvíe la atención del tema puntual de la discusión.

¿Qué precauciones debo tomar antes de irme de viaje al extranjero?

Antes que nada, ante la mínima sospecha de inicio de una descompensación eufórica absténgase de viajar. Por el contrario, en casos leves de depresión, puede ser muy terapéutico. En depresiones graves puede ser contraproducente.

Cuando está decidido a viajar, es necesario:

1. Organizar los horarios de modo que las vacaciones no se conviertan en una situación estresante, algo demasiado común en los «viajes de agencia» que pretenden ver en pocos días todos los monumentos de medio continente. Es

necesario tomárselo con calma: se viaja para disfrutar y la mayor parte de los paisajes no cambiarán de lugar en millones de años.
2. Llevarse medicación de sobra, guardada en distintas bolsas o bolsillos por si acaso la perdéis u os roban el equipaje.
3. Pedir al psiquiatra una receta del principio activo de los medicamentos que tomáis. Por ejemplo, si tomáis dos comprimidos de Plenur y un comprimido de Risperdal, la receta debería indicar carbonato de litio 400 mg/día 1-0-1 y risperidona 3 mg/día 1-0-0.
4. Disponer de un informe, a ser posible en inglés, sobre la enfermedad, estado actual y tratamiento. Así, en caso de que sea necesario consultar a un médico en el extranjero, éste podrá ponerse rápidamente al día del caso.
5. Informarse de la dirección y el teléfono de la embajada o el consulado español de adónde vayáis. En caso de problemas siempre pueden ayudaros.

¿Por qué no es aconsejable la sauna?

La sauna no es recomendable para las personas que toman litio porque se pierde mucho líquido en muy poco tiempo, lo que aumenta el riesgo de intoxicación. Asimismo, debe tenerse cuidado con los sobreesfuerzos que impliquen una pérdida exagerada de líquido, como las maratones, etc. Esto no quiere decir que un paciente bipolar no pueda practicar deporte con regularidad; lo que no puede hacer –ni un bipolar ni nadie– es someter el cuerpo a un gasto energético excesivo sin estar preparado.

¿Hay algún tipo de película o lectura que no se recomiende a una persona deprimida o maníaca?

En principio puede leerse o verse cualquier tipo de libro o película. No obstante, es preferible evitar aquellas lecturas o películas que por cualquier motivo puedan generar angustia o ansiedad en la persona, sobre todo durante un episodio o una fase prodrómica, ya sea porque su contenido haga que aún se deprima más (p. ej., porque habla del suicidio, de existencialismo o de la pobreza y la crueldad del mundo) o bien

porque despierte ideas extrañas o impropias (p. ej., esoterismo).

Tampoco son recomendables aquellas películas con un grado considerable de violencia, en especial cuando la persona se halla en un estado irritable u hostil notable, con síntomas de autoagresividad o heteroagresividad.

Por otro lado, cuando el paciente tiene dificultades para concentrarse es mejor buscar libros de lectura más fácil, como por ejemplo novelas cortas, ligeras y entretenidas, y evitar los estilos de narración o argumentos difíciles de seguir por su complejidad. Es más aconsejable intentar adaptarse a lecturas más simples que abandonar radicalmente la actividad de lectura por problemas de concentración o de memoria, ya que dichos procesos cognitivos se facilitan y mejoran con la práctica de la actividad.

¿Qué medidas prácticas puedo tomar para evitar los grandes gastos que llevo a cabo durante las fases maníacas?

Uno de los síntomas que habitualmente manifiestan los pacientes durante las manías y las hipomanías son los gastos exagerados e incontrolados que pueden generar, como consecuencia, deudas y dificultades monetarias posteriores. Muchas veces los objetos que se compran son innecesarios (veinte pares de zapatos, antigüedades caras, regalos para otras personas...) o, incluso, una vez comprados, al día siguiente pueden parecer horribles.

Por lo tanto, conviene tomar algunas medidas ante el riesgo de gastar mucho dinero:

- Llevar poco dinero encima cuando se sale a la calle.
- Dejar la tarjeta de crédito en casa.
- Consultar a alguien de confianza, familiar o amigo, antes de realizar la compra.
- Posponer la compra hasta el día siguiente para ver si sigue siendo una buena idea y si realmente merece la pena llevar a cabo dicho gasto, es decir, no actuar de manera impulsiva.

- Pedir a alguien de confianza que controle el dinero y «racionalice» los gastos mientras uno sea incapaz de hacerlo.
- Pedir al banco que bloquee la cuenta bancaria durante los períodos de riesgo.

¿Cómo puedo saber si estoy completamente recuperado de un episodio?

En el momento en que los síntomas propios del episodio desaparezcan y se observe que puede volverse a llevar una vida normal: trabajar, estudiar, salir con los amigos, jugar con los hijos...

El período entre episodios se caracteriza casi siempre por la eutimia, es decir que la persona se halla asintomática. No obstante, a veces queda algún síntoma que no acaba de desaparecer, como un descenso de la productividad laboral, mientras que en otros ámbitos el funcionamiento vuelve a ser el mismo de antes. En muchas ocasiones, también estas dificultades residuales terminan por solventarse con el tratamiento continuado.

¿Cómo afecta el trastorno bipolar a mi vida sexual?

La vida sexual puede verse afectada por los episodios de la enfermedad tanto cuantitativa como cualitativamente. Normalmente en los períodos maníacos se produce un aumento de los impulsos, las fantasías y los comportamientos sexuales. A menudo, síntomas característicos de la manía como la expansividad, el optimismo y la grandiosidad llevan a inmiscuirse en actividades placenteras, entre las cuales podemos hallar comportamientos sexuales inusuales como pueden ser la infidelidad o los encuentros sexuales indiscriminados con personas desconocidas. Por otro lado, los episodios depresivos entrañan, muchas veces, una disminución del deseo sexual y una pérdida de interés por la actividad sexual. De todos modos, tanto el aumento como la disminución del deseo y la actividad sexual, como síntomas, suelen desaparecer cuando se supera el episodio.

¿Somos los bipolares más inmaduros que el resto de la gente?

La mayoría de los bipolares, cuando están eutímicos, son tan «maduros» como el resto de personas sin ninguna enfermedad psiquiátrica. Esta medalla de inmadurez concedida a los bipolares seguramente procede del modo de actuar o comportarse durante las fases agudas de la enfermedad, en especial durante los episodios maníacos, en los cuales una exaltación de la autoestima y una sobrevaloración de las propias capacidades puede llevar a tomar decisiones precipitadas y a poner en marcha proyectos que tienen una elevada probabilidad de fracaso. Además, síntomas como la expansividad o la desinhibición en estas fases también sugieren esta idea.

En los episodios depresivos, la incapacidad para tomar decisiones y la apatía son, para las personas que se hallan cerca del enfermo e incluso para uno mismo, señales de que no se están cumpliendo las propias responsabilidades y obligaciones y, por tanto, de que no se es una persona lo suficientemente madura en relación con el resto de la gente.

Este tipo de conductas observadas, no sólo desde el exterior sino muchas veces por el propio paciente, propician la sensación de que el bipolar es un inmaduro, cuando en realidad este comportamiento, característico o común en los episodios maníacos o depresivos, desaparece cuando el episodio remite y, por lo tanto, no constituye un rasgo de la personalidad de los bipolares.

¿Tenemos los bipolares más tendencia a enamorarnos?

El bipolar se enamora lo mismo que cualquier otra persona. La única diferencia es que, durante un episodio de hipomanía o manía, el individuo con un trastorno bipolar experimenta un incremento de los impulsos, las fantasías y los comportamientos sexuales, además de un aumento de la facilidad para establecer relaciones interpersonales y sociales, que se consideran síntomas propios del estado (hipo)maníaco y no tiene rasgos característicos o estables del individuo bipolar. De hecho, en las fases depresivas, por lo general ocurre lo con-

trario: se reduce el interés por relacionarse con los demás y sobre todo se produce una disminución del deseo sexual.

¿Pueden tener una relación de pareja dos personas bipolares?

No hay ningún tipo de impedimento para que dos personas con esta enfermedad puedan tener una relación de pareja. En el caso de que os plantearais tener hijos, es importante que sepáis que hay un 50 % de probabilidades de que vuestro hijo también padezca un trastorno bipolar. Evidentemente, la decisión de tener descendencia está en vuestras manos y depende, básicamente, de la propia actitud hacia la enfermedad. En cualquier caso, el hecho de tener o no hijos no constituye en principio una razón suficiente para decidir la idoneidad de una relación; es decir, no debería ser un inconveniente para mantener la relación, puesto que siempre podrían considerarse alternativas, como por ejemplo la adopción. Por otro lado, si vuestro hijo manifestara la enfermedad, sabemos que los tratamientos actuales son muy eficaces, comparados con los disponibles para otras afecciones, para mantenerse estabilizado, sobre todo si el trastorno se detecta ya inicialmente. Sin embargo, no debemos olvidar que existe un riesgo notable de que vuestro hijo sufra la enfermedad.

¿Qué medidas deben tomarse en caso de embarazo?

El litio y otros eutimizantes comportan un riesgo muy bajo de malformaciones o anomalías congénitas, inferior a lo que se había creído hasta la fecha. La balanza entre los beneficios de seguir medicándose durante la gestación, ante el riesgo de recaída, y los costes de retirar el tratamiento, nos llevan a considerar como opción más adecuada, en la mayoría de los casos, el mantenimiento de la medicación necesaria para evitar una descompensación. Su psiquiatra realizará todos los controles necesarios mediante analíticas más frecuentes para controlar los niveles séricos del eutimizante.

Por su parte, su ginecólogo también valorará la necesidad de realizar ecografías con una mayor periodicidad u otras prue-

bas que considere oportunas para la detección precoz de alteraciones.

Es importante llevar a cabo un embarazo planificado para introducir en los meses previos ácido fólico para la prevención de malformaciones del tubo neural.

En caso de embarazo, su psiquiatra valorará la necesidad de ajustar la medicación. La carbamazepina, la lamotrigina y los antipsicóticos atípicos suelen ser fármacos seguros para su uso durante el embarazo.

¿Puedo tomar anticonceptivos con la medicación?

Sí, aunque si toma Tegretol posiblemente disminuya la eficacia de los anticonceptivos orales. En este caso sería preferible utilizar anticonceptivos de barrera (preservativo, diafragma, esponja anticonceptiva, espermaticidas químicos vaginales).

¿Puedo amamantar a mi hijo si tomo medicación?

En este caso no es aconsejable dar el pecho al recién nacido. Aunque durante la lactancia la cantidad de litio en la leche materna es mínima, es innecesario pasársela al bebé; por tanto, es mejor alimentarlo con biberón. Nos hallamos ante una situación parecida si la madre no toma litio pero se medica con otros eutimizantes, antidepresivos, neurolépticos o tranquilizantes.

¿Voy a ser una madre peor por padecer un trastorno bipolar?

Es cierto que en muchos casos el hecho de tener en la familia a alguien que padezca el trastorno altera toda la estabilidad familiar pero, en la mayoría de estos casos, depende de si los períodos de eutimia son prolongados o no. Evidentemente, si la frecuencia de las recaídas es muy elevada repercutirá de manera clara en los familiares y, seguramente, será aún más impactante para los hijos, porque no entenderán los cambios súbitos observados en su madre (o padre), sobre todo si aún son pequeños. Cuando la enfermedad se halla adormecida o asintomática, puede llevarse una vida por completo

normal y atender perfectamente a los hijos. Tenéis que pensar que todas las madres del mundo pueden ponerse enfermas en un momento determinado o incluso sufrir enfermedades crónicas (asma, diabetes, etc.) con reagudizaciones de los síntomas, y no por esta razón son peores madres. Fundamentalmente es importante contar con el apoyo y la ayuda de la pareja y, siempre que sea posible, de la familia y los amigos, en especial durante las fases agudas del trastorno.

¿Tengo que comentar a todos mis amigos que sufro un trastorno bipolar?

Es obvio que se puede explicar que uno sufre esta enfermedad a quien cada uno decida. Aunque se recomienda ser selectivo dentro del grupo de amigos y comentarlo únicamente con las personas de más confianza. Esto no significa que el trastorno bipolar sea un estigma social terrible que deba esconderse y que, con esta actitud, corroboremos esta idea. Simplemente no es necesario propagarlo a los cuatro vientos, sobre todo por la falta de información y el desconocimiento de la enfermedad por parte de mucha gente.

No obstante, si se quiere comentar con alguien, puede explicarse que se padecen fluctuaciones del estado de ánimo, de modo que pueden experimentarse euforias o estados de alegría desbordada, muchas veces injustificados, y depresiones a causa de alteraciones bioquímicas, como podría ocurrir con la diabetes; también diremos que estas fluctuaciones están controladas farmacológicamente. Muchas veces, el problema no será tanto una cuestión de comunicar que se está enfermo, como la propia actitud a la hora de hacerlo. Si se transmite al otro confianza y optimismo en el control del trastorno, la actitud del receptor de la noticia será de relativa tranquilidad. En cambio, si uno se muestra afligido y asustado, la persona que reciba el mensaje se mostrará confundida y probablemente se promueva una reacción negativa o de prejuicio. El trato futuro con esta persona demostrará, a través de sus opiniones, acciones..., que uno sigue siendo la misma persona.

¿Es bueno ir contando a todo el mundo que se tiene la enfermedad bipolar?

No es necesario irlo contando a todo el mundo, pero tampoco es algo que deba esconderse, como si se tratara de una tara. Es cierto que la sociedad aún tiene que evolucionar para que las enfermedades psiquiátricas tengan el mismo grado de aceptación que las de los demás órganos, pero las cosas van cambiando poco a poco, al menos en lo que respecta a algunos países. Actualmente ya no es tan extraño que alguien admita haber padecido una depresión. De hecho, la depresión es la enfermedad psiquiátrica más aceptada socialmente, y, por este motivo, muchas personas prefieren denominar *depresión* a trastornos que no siempre lo son. El desconocimiento de la gente hace que el nombre de algunas enfermedades suene raro y provoque cierta aprensión. Por ejemplo, el antiguo nombre de *psicosis maníaco-depresiva*, que ya no se utiliza, entraña muchas veces un tinte socialmente indeseable. Ante los desconocidos puede escogerse no decir nada o decir que se ha pasado una depresión; ante los amigos, es bueno poder hablar abiertamente sobre la enfermedad.

¿Debo comentar el diagnóstico en el trabajo?

No es indispensable. Es preferible asegurarse el contrato y no expresarlo de modo espontáneo de entrada, ya que podría ser un inconveniente para conseguir el trabajo. Si ya hace un tiempo que ocupa el mismo lugar de trabajo, sigue siendo innecesario dar explicaciones, del mismo modo que tampoco comentaría que es diabético o hipertenso. Aunque quizás preferiría que lo supiera algún compañero, para obtener su ayuda o apoyo; pero debería estar seguro de que esta persona tendría una actitud tolerante y flexible hacia la enfermedad, porque podría ser muy duro trabajar al lado de alguien que mostrara una actitud de prejuicio y que pudiera hacer trascender la noticia a altas esferas de la empresa, de modo que entonces fuera más complicado promocionarse y conseguir ocupar puestos de mayor responsabilidad.

En el caso de que se produjera una descompensación y tuviera que pedirse una baja temporal, incluso en el caso de que fuera necesario un ingreso, cualquier miembro de la empresa podría saber que el paciente está enfermo, aunque no tendría acceso al diagnóstico. Si el trastorno no afecta al rendimiento laboral, no hay ninguna necesidad de dar explicaciones. Por el contrario, si las ausencias laborales son constantes o muy repetidas, probablemente lo más conveniente sería informar acerca de la enfermedad y los problemas que ocasiona.

En una entrevista de trabajo, ¿tengo el deber de comunicar que sufro un trastorno bipolar?

No. El entrevistador puede hacer preguntas sobre su historial médico, pero siempre relacionadas con el trabajo a desarrollar; por ejemplo: si es un trabajo que requiere preparación y fuerza física, se descartarán aquellas personas con alguna patología física incapacitante. El evaluador no puede plantear cuestiones directas referentes a enfermedades mentales como: «¿sufre usted esquizofrenia?». Posteriormente puede someterse al individuo a una revisión médica, aunque los datos solicitados por el médico deberán ser confidenciales y no podrán utilizarse para discriminar a la persona afectada por la enfermedad bipolar en el ámbito laboral.

¿Debo comentar el diagnóstico a mis profesores del colegio, universidad, etc.?

En general, las recomendaciones siguen siendo las mismas que en las respuestas anteriores. No es necesario dar explicaciones a todos los profesores del colegio o la facultad, aunque es posible que con alguno de ellos se conectara muy bien y se tuviera la confianza suficiente para comentárselo. Así, en un momento determinado, este profesor puede servir como punto de referencia externo, objetivo, y así puede ayudar a identificar pródromos en el caso de que se presentaran sin que uno mismo se diera cuenta.

¿Debo comentar el diagnóstico a una posible pareja?

Es preferible esperar un tiempo prudencial antes de notificarlo a la pareja. Es decir, no conviene precipitarse y decírselo enseguida; al contrario, es preferible dejar que la relación se consolide; cuando se tenga la seguridad de que ésta progresa o podría funcionar, entonces conviene sincerarse e informar a la pareja sobre el hecho de que se sufre la enfermedad y explicar en qué consiste. Puede ser útil visitar al psiquiatra para que sea él quien explique de un modo más concreto qué es el trastorno bipolar y qué implicaciones tiene, lo cual además permite consultar dudas específicas. Aunque el hecho de comunicarlo a la pareja pueda asustar, es importante ser consciente de que ésta, tarde o temprano, podría enterarse, por lo que es mejor que pueda afrontar una recaída desde el conocimiento y la comprensión y no desde la ignorancia y el desconcierto. Sería precisamente esto último lo que favorecería una ruptura o separación, por falta de preparación por parte de la pareja.

El tiempo que debe esperarse para hablar con la pareja del tema en cuestión depende de cada uno; para algunos serán unas semanas y para otros meses o incluso un año.

¿Mi hijo tiene un trastorno bipolar, cómo puedo ayudarle?

Durante los períodos de eutimia no conviene ser demasiado protector ni padecer constantemente por miedo a una recaída, porque con esta actitud se fomenta una respuesta de rebeldía por parte del hijo o, a veces, de dependencia o limitación de la autonomía personal, ya que son los padres quienes recuerdan a cada momento lo que debería hacerse y lo que no. En este sentido, es preferible darle un poco de margen y no estar pendiente de recordarle que se tome la medicación, que vaya al médico, que no salga por la noche... si ya se observa un seguimiento correcto del tratamiento por parte del hijo. Dejaremos estos consejos para cuando se detecten pródromos que alerten de una recaída (p. ej., hiperactividad, reducción de las horas de sueño, irritabilidad, verborrea...). Cuando se identifiquen variaciones significativas del compor-

tamiento y el estado anímico, no sólo durante unas horas o un día, sino que se observen alteraciones que persisten de un día para otro, entonces se recomienda hablar con el hijo de estos cambios y contrastar si él también se ha dado cuenta de ellos.

No se trata de obsesionarse con la observación constante del hijo, ni de atribuir cualquier cambio emocional (p. ej., la alegría por haber aprobado un examen o haber recibido un premio) a la enfermedad, ya que esta actitud propicia un incremento de la angustia, no sólo para uno mismo sino para toda la familia, incluso el paciente. Las personas que sufren un trastorno bipolar experimentan cambios en sus pensamientos, conductas y emociones del mismo modo que todos experimentamos fluctuaciones anímicas como una reacción ante factores ambientales, estrés, ante una buena noticia, cambios hormonales, fatiga, enfermedades, preocupaciones... Por lo tanto, si es normal para la gente experimentar reacciones emocionales ante diferentes estímulos (fútbol, una película, una separación, un viaje, tener un hijo...), también las personas con un trastorno bipolar experimentan oscilaciones normales del estado de ánimo que deben discriminarse de los síntomas de la enfermedad. La principal diferencia es que las fluctuaciones normales del estado de ánimo están siempre vinculadas a hechos concretos y, una vez se han producido, el estado anímico vuelve a estabilizarse. Así pues, el estado de ánimo por sí solo nos da una información limitada, lo cual significa que paralelamente deben tenerse en cuenta cambios cognitivos (en los pensamientos), conductuales y fisiológicos.

No obstante, el papel de la familia es esencial, porque los cambios que desencadenan un episodio depresivo son fácilmente identificables por parte del propio paciente, pero no ocurre lo mismo cuando se trata de la manía o la hipomanía, en que las variaciones son detectadas antes por los familiares. Tanto si su hijo es consciente de ellas como si no, antes de que la sintomotalogía sea más intensa y se establezca con fuerza durante los días siguientes, debería consultarse con el psiquiatra para valorar la necesidad de realizar modificacio-

nes en el tratamiento. Nunca debe esperarse observar que se agrave la sintomotalogía para tomar la decisión de visitar al psiquiatra; ello puede conllevar un mayor riesgo de hospitalización.

Las siguientes pautas pueden ser muy útiles para familiares y amigos:

1. No intervenga en su vida personal si no es que el psiquiatra lo recomienda en algún aspecto.
2. No intente controlar ninguna faceta de su vida (amigos, salidas, pareja, etc.).
3. Déjele hacer todo lo que pueda hacer por sí mismo.
4. Puede preguntarle si necesita ayuda, pero no asumir directamente la responsabilidad tratando de averiguar sus necesidades.
5. Déjele experimentar las consecuencias de sus propios actos y decisiones, a no ser que el paciente se encuentre en una fase aguda de la enfermedad y exista algún riesgo de peligro en su vida.
6. No le permita depender excesivamente de usted.
7. Si está preocupado por él, puede comunicarle por qué y aconsejarle. A pesar de su preocupación y después de haberlo discutido, al final deberá aceptar su decisión.

¿Cómo puedo saber si mi hijo está deprimido o simplemente es un vago?

Normalmente la sintomotalogía es bastante diferente entre uno y otro caso. El individuo «vago» se halla permanentemente inactivo, apático, le falta voluntad, pero, además, tampoco manifiesta un deseo fehaciente de estudiar o trabajar; al contrario, es probable que no le falten ganas para salir a divertirse. A diferencia del perfil que presentan los «vagos», la persona deprimida también experimenta apatía y abulia (falta de voluntad), pero además pierde el interés por actividades que antes del episodio depresivo le resultaban gratificantes, se siente triste y desanimado y, sobre todo, cabe destacar sentimientos de culpabilidad por su incapacidad para afrontar la vida cotidiana. A veces, las dificultades para salir de una fase

depresiva pueden confundirse con haberse acomodado a ella. Sin embargo, al final el episodio depresivo remite y los niveles de actividad vuelven a la normalidad y se recupera el nivel de rendimiento anterior en el trabajo y/o los estudios. Asimismo, debemos tener en cuenta que en un número considerable de pacientes se trata de un proceso lento y que a veces no llega a conseguirse el mismo rendimiento previo, si bien ello no es, en absoluto, asimilable a la holgazanería.

Mi pareja es bipolar, ¿debo obligarle a tomar la medicación?

En primer lugar, si su pareja tiene conciencia de la enfermedad no será necesario obligarle a tomar nada, porque lo más seguro es que él o ella ya sepan, por indicación de su médico, que es imprescindible llevar a cabo un cumplimiento correcto del tratamiento para mantenerse eutímico, y que si no lo hace así, hay muchas probabilidades de que recaiga.

Generalmente, la decisión de abandonar el tratamiento suele estar relacionada con el inicio de un episodio hipomaníaco o maníaco, en que el individuo empieza a sentirse cada vez mejor (contento, expansivo, más activo y enérgico...) y, por lo tanto, llega erróneamente a la conclusión de que no es necesario medicarse. En este caso, más que obligarle, debería procurarse que entendiera que tomar correctamente la medicación es una condición indispensable para no empeorar el cuadro hipomaníaco y progresar hacia la manía, y convencer al paciente de que no puede abandonar el tratamiento. Se le deberá recordar que sin medicación el episodio avanza sin control y que las secuelas pueden ser francamente desastrosas (conflictos familiares, perder el trabajo...). En cualquier caso, habremos ganado mucho si el paciente se halla previamente psicoeducado en estos aspectos.

El hecho de obligar no implica que el resultado sea más satisfactorio y, seguramente, puede provocar en el paciente una negación aún más radical; más bien se tratará de convencer al paciente de que no puede dejar el tratamiento y advertirle de los riesgos que tiene abandonar la medicación de manera repentina, ya que garantiza una recaída. Es necesario que se

percate de los síntomas que manifiesta y de la importancia de detenerlos por medio de los fármacos indicados por el psiquiatra. Si su pareja no acepta dichos razonamientos y sigue haciendo caso omiso de las prescripciones médicas, la evolución del episodio conducirá a corto o medio plazo a un ingreso.

Es muy importante que usted disponga de información sobre la enfermedad, porque el desconocimiento le llevaría a creer que la conducta de su pareja es voluntaria y controlada libremente, cuando en realidad ésta se ve alterada por el propio trastorno.

Tengo un amigo o un familiar a quien le han diagnosticado un trastorno bipolar. ¿Cómo debo relacionarme con él?

Como ya hemos comentado, el trastorno bipolar es una enfermedad crónica y recurrente, lo cual no significa que el paciente esté constantemente eufórico o deprimido, sino que se mantiene asintomático entre episodios, durante largos períodos de tiempo, excepto en los casos más graves. Así, en un porcentaje elevado de pacientes, el tratamiento y un ritmo vital adecuado permiten llevar una vida normal, aunque lo más seguro con alguna recaída de vez en cuando. Esto quiere decir que, mientras el paciente esté eutímico, no se le debe ofrecer ningún trato especial ni se le debe sobreproteger como si no contara con suficientes recursos para adaptarse a su situación actual; por lo tanto, se le debe seguir tratando tal como se le había tratado hasta el momento del diagnóstico. Eso sí, en el caso de que aparezcan variaciones conductuales o se reconozcan señales de aviso de recaída, es conveniente expresarlos al paciente, sobre todo si éstos anuncian una hipomanía, ya que en general las personas cercanas al paciente se dan cuenta de ello antes que el propio paciente. Por el contrario, si observamos que está deprimido, entonces debe mostrarse apoyo y comprensión sin presionarle en exceso, procurando ser tolerantes y reforzando sus pequeños esfuerzos para salir de la depresión (p. ej., pasar menos tiempo en la cama, leer o pasear un rato, hacer la compra...). A medida que el episodio depresivo

remite, se le puede animar a fijarse objetivos sencillos y asequibles.

Las personas que sufren la enfermedad bipolar desean tener el mismo control sobre sus vidas que antes de que se les diagnosticara el trastorno. Si se les ayuda hasta el punto de hacerlo todo por ellas, se les refuerza la idea de que no son capaces de conducir su propia vida.

Deben separarse los síntomas de la enfermedad, de la personalidad real del paciente bipolar; esto representa informarse acerca de cuáles son los síntomas típicos o más comunes, pero también de aquellos síntomas individuales o propios del paciente (p. ej., introducirse en temas esotéricos cada vez que se inicia un episodio maníaco, vestirse y/o maquillarse de un modo peculiar y más desinhibido...).

Es necesario desestigmatizar la enfermedad, empezando por los familiares y amigos de las personas bipolares. Del mismo modo que se acepta que la diabetes es una enfermedad crónica que requiere tratamiento continuo y unas pautas de estilo de vida concretas, también el trastorno bipolar tiene una base biológica o física y, por tanto, requiere medidas equivalentes. Éste será el punto básico para propiciar una aproximación al individuo afectado en vez de un distanciamiento.

Mientras estaba maníaco/a dije algunas impertinencias a mis amigos. ¿Cómo puedo arreglarlo?

Hay diversas respuestas posibles, desde no hacer ningún comentario hasta contar con todo detalle las implicaciones de la enfermedad.

No parece que la primera opción sea la mejor forma de solucionar las cosas, sobre todo si la otra persona no sabe nada del trastorno y cree que aquellas impertinencias fueron dichas conscientemente. Tampoco es imprescindible relatar con pelos y señales los síntomas experimentados, esto dependerá del grado de confianza que tenga con estos amigos.

Así pues, se tratará no tanto de disculparse, sino más bien de intentar reparar lo que se ha dicho o hecho, teniendo en cuenta que corregir significa identificar aquellos comentarios que habían herido al otro y demostrarle una actitud responsable de querer modificar aquella situación conflictiva. Seguramente los amigos están dispuestos a que la relación vuelva a ser como era, pero en muchas ocasiones tampoco saben cómo hacerlo; por lo tanto, es importante que sea el paciente quien dé el primer paso. Evidentemente, podéis encontraros con algún amigo o compañero que esté demasiado resentido y rechace el intento de acercamiento, en cuyo caso deberéis aceptar que habéis hecho lo posible para arreglarlo y sólo cabe esperar que se modifique la respuesta por parte del otro.

¿Hasta qué punto soy culpable de lo que hago cuando estoy eufórico y de lo que dejo de hacer cuando estoy deprimido?

Las alteraciones conductuales que se producen durante las fases agudas de la enfermedad no están bajo el control voluntario del paciente; muchas veces ni tan siquiera es consciente de tales alteraciones, sobre todo en las fases maníacas. Durante estas fases se observan fluctuaciones en los niveles de sociabilidad (expansividad, paranoia, etc.), imprudencias sexuales, conductas violentas, derroche del dinero..., que se acompañan de una falta de introspección *(insight)* y una escasa o nula autocrítica. Es decir, se pierde capacidad para diferenciar las buenas ideas de las malas, se actúa de manera impulsiva y el resultado suele ser un fracaso. Sin embargo, el individuo puede seguir sobrestimando las consecuencias negativas de su comportamiento hasta dimensiones delirantes. Así pues, no podemos responsabilizar al paciente, él sólo puede ser consciente de ello al principio del episodio, cuando los síntomas son más leves, pero a medida que éste evoluciona desaparece la conciencia de enfermedad. En realidad, termina por reflexionarse sobre las consecuencias o secuelas del episodio una vez éste ha remitido, y a veces son los familiares y amigos quienes recuerdan al paciente lo que ha ocurrido; es entonces cuando se experimenta una culpabilidad intensa.

Por el contrario, los sentimientos de culpabilidad por sí mismos ya constituyen un síntoma de las fases depresivas, hasta el punto de llegar a formar ideas delirantes y creer que se merece un castigo. Por lo general, todo lo que representa un exceso en las euforias se produce igualmente, pero por defecto, en las depresiones. La apatía, el abandono de responsabilidades, *hobbies*, relaciones sociales y de pareja, se acompañan de cogniciones negativas, principalmente ideas de inutilidad, incapacidad, desesperanza e incluso suicidio. En las depresiones casi siempre se es consciente de lo que deja de hacerse, pero esto no da sentido a sentirse culpable, ya que debe partirse del hecho de que estas ideas y conductas ni son libres ni voluntarias, sino que se trata de síntomas de la enfermedad. Un episodio depresivo grave requerirá modificaciones en el tratamiento, mientras que una hipotimia o depresión leve conllevará esfuerzo y un incremento progresivo del nivel de actividades por parte de la persona deprimida.

¿Hay alguna carrera que no pueda estudiar por el hecho de ser bipolar?

En principio no hay ninguna carrera universitaria «prohibida». En bastantes ocasiones dependerá más de variables de personalidad, habilidades para el control del estrés y de la actitud hacia la enfermedad, además de considerar si, en un futuro, tenemos la intención de dedicarnos a lo que hemos estudiado. La combinación de factores de este tipo es lo que desaconsejaría carreras como magisterio (educación infantil, primaria, especial...), medicina y, en particular, la especialidad de psiquiatría o bien psicología, no tanto por el trastorno bipolar en sí como por una excesiva implicación de componentes de la enfermedad en el trabajo.

¿Qué tipos de trabajo son menos aconsejables para un bipolar?

Aquellos trabajos que tengan horarios rotatorios de mañana, tarde y noche, ya que impiden una buena regularidad en los hábitos, que es una de las condiciones indispensables para mantener la enfermedad compensada, si no es que se llega a

un acuerdo con la empresa para tener un horario fijo. Aquellos trabajos que supongan un estrés sostenido, por la cantidad de horas de dedicación o el exceso de responsabilidades, tampoco serán los más idóneos y, por ello, también en este caso dependerá de la capacidad de controlar el estrés y dedicar un tiempo razonable al descanso, con un mínimo de siete u ocho horas de sueño. Siempre debe procurarse combinar el trabajo con el ocio y disfrutar del tiempo libre.

¿Por qué son necesarios los ingresos durante las descompensaciones del trastorno?

Los ingresos son necesarios cuando nos hallamos ante un episodio grave, ya sea maníaco o depresivo, incontenible a nivel familiar. Es necesario hospitalizar cuando el paciente se niega a cumplir las prescripciones médicas a pesar de la gravedad de la sintomatología; cuando existe peligro de autolesión y/o de agredir a los además; cuando uno mismo es incapaz de cuidar aspectos básicos como la alimentación, la higiene, el sueño y se produce una desorganización en éstos y otros aspectos comportamentales, además de las alteraciones anímicas. Para evitar un ingreso será imprescindible detectar precozmente los pródromos para iniciar una intervención psiquiátrica y psicológica inmediata, antes de que aumente la intensidad de los síntomas. Muchas veces el propio paciente es consciente de la necesidad de ingresar para evitar prolongar innecesariamente el episodio o ahorrarse más secuelas negativas, entre ellas el riesgo de suicidio. Sin embargo, con frecuencia debe recurrirse a la hospitalización por vía judicial, con lo que el paciente ingresa de manera involuntaria y, la mayoría de las veces, con una notable ausencia de conciencia de enfermedad.

¿Puede superarse una fase maníaca o depresiva sin necesidad de ingreso?

Como ya hemos introducido en la respuesta anterior, cabrá identificar con rapidez las señales que advierten del inicio de una descompensación, sobre todo en las fases maníacas, para poder llevar a cabo una actuación eficaz y realizar las modi-

ficaciones pertinentes en el tratamiento, es decir añadiendo antimaníacos a los fármacos eutimizantes.

Las depresiones leves y moderadas también se tratarán con eutimizantes y se valorará la posibilidad de añadir antidepresivos si los síntomas son más graves. La aparición de síntomas psicóticos o el riesgo de intento de suicidio constituirían criterios para el ingreso.

¿Tienen los bipolares más riesgo de padecer Alzheimer?

No. Algunas enfermedades neurológicas pueden dar lugar a síntomas parecidos a los del trastorno bipolar, pero el proceso no es inverso, es decir: una persona que padece un trastorno psíquico tiene las mismas posibilidades que otra persona de padecer un trastorno neurológico.

¿Afecta esta enfermedad a la inteligencia?

No. Independientemente de ser bipolar, se puede ser inteligente, tonto, o toda la gama intermedia entre los dos extremos. A lo largo de la historia ha habido grandes pensadores que han sufrido esta enfermedad. Lo que sí es cierto es que las recaídas frecuentes empeoran el rendimiento intelectual, aunque puede recuperarse el nivel anterior si se consigue un período mínimamente largo de remisión.

¿Afecta el trastorno bipolar a la memoria?

Parece que durante los episodios de la enfermedad aparecen alteraciones de la memoria que a veces pueden persistir tras la remisión de la sintomatología. En general es difícil determinar cuál es la causa y cuál la consecuencia, ya que existen otros factores que intervienen al mismo tiempo, como por ejemplo la medicación. Se ha observado que el litio puede ocasionar problemas o dificultades en funciones cognitivas, tales como la falta de concentración y la disminución de la memoria. Las dificultades de memoria se hacen más evidentes en los episodios depresivos, aunque también tienen lugar en las fases maníacas e hipomaníacas; es así porque el individuo es más consciente de sus disfunciones mnemónicas.

Estas dificultades se manifiestan principalmente en la adquisición y aprendizaje de nueva información, sobre todo en relación a la capacidad para utilizar estrategias adecuadas para guardar la información de manera organizada y así poder recuperarla *a posteriori*. Posiblemente, en las descompensaciones maníacas, la facilidad de asociar ideas encubre los trastornos de memoria, en especial durante los episodios hipomaníacos. De todos modos, durante una fase de manía puede observarse, en muchos casos, una tendencia a distraerse que impide fijar conocimientos nuevos.

Muchas de las quejas sobre la memoria se relacionan con episodios depresivos en los que hay un descenso efectivo del rendimiento cognitivo –de las «capacidades intelectuales»–, la mayoría de las veces reversible cuando termina el episodio, aunque a menudo pasa cierto tiempo entre la recuperación «aparente» de la depresión (desaparece la tristeza, se recupera la ilusión por las cosas, etc.) y la recuperación real (vuelve a funcionarse como antes del episodio). En algunos casos las alteraciones de memoria pueden ser persistentes, incluso en estado de eutimia, aunque a mayor estabilidad (más tiempo sin síntomas) más fácil será conseguir la remisión de estas dificultades cognitivas.

¿Los bipolares tenemos derecho a alguna ayuda económica?

En principio nadie tiene derecho a una ayuda económica por el simple hecho de sufrir una enfermedad. Las pensiones de invalidez no son una compensación por estar enfermo, sino por el hecho de no poder trabajar. El importe y la duración de la paga están en relación con el grado de incapacitación y los años que una persona haya cotizado.

¿Qué significa estar incapacitado?

La incapacitación es un recurso legal que permite proteger de su enfermedad a una persona que no se halle en condiciones de tomar decisiones libres. Estar o no incapacitado dependerá de la gravedad de la enfermedad en cada caso; aunque, en principio, en el caso del paciente bipolar no es

demasiado frecuente, en algunas ocasiones puede llegar a ser imprescindible.

¿Los pacientes bipolares somos todos iguales?

¿Cómo responderíais a esta misma pregunta si hiciera referencia a pacientes hipertensos o asmáticos? Evidentemente, cada afectado por el trastorno bipolar es, antes que bipolar, una persona y, como tal, es completamente distinta de las otras, aunque tenga en común con ellas la enfermedad. Las oscilaciones del estado de ánimo no son un rasgo del carácter del individuo, sino síntomas de su enfermedad.

¿Ser bipolar tiene alguna ventaja?

Algunos pacientes describen aspectos positivos de la enfermedad, como podría ser una mayor sensibilidad y creatividad, y mejor capacidad para observar el interior de uno mismo. De hecho, bastantes pacientes afirman que si les dejaran escoger entre estar enfermos o no, elegirían la primera opción, puesto que creen, de algún modo, que ésta ha hecho que su vida fuera «más interesante». La lista de personajes históricos y artistas que han sufrido algún tipo de trastorno bipolar es casi interminable. Sin embargo, no es correcto afirmar que la condición de bipolar mejora la creatividad de las personas, ya que es imposible especular sobre cómo habrían sido estas mismas personas si no hubieran sufrido dicho trastorno.

¿Está muy atrasada la psiquiatría?

En los últimos años la psiquiatría ha avanzado enormemente, pero todavía queda mucho camino por recorrer. Los últimos cuarenta años se ha pasado de una psiquiatría que se limitaba prácticamente a recluir a los enfermos y aislarlos de la sociedad a una psiquiatría que pretende ayudar al enfermo a reintegrarse y que mejora y cura gran parte de los trastornos que se le presentan. Con el progreso de la psiquiatría se han reducido los prejuicios y los miedos ancestrales de la gente en lo que respecta a visitar al psiquiatra, aunque todavía cuesta

reconocer que se acude a un especialista en salud mental. Antes, se ingresaba indefinidamente a los pacientes con trastornos graves, y los leves permanecían sin tratar; hoy por hoy, los ingresos son breves y las personas con trastornos menores (depresiones leves, ansiedad...) recurren a la psiquiatría en busca de tratamiento para aliviar sus síntomas. Los medicamentos aparecidos durante los últimos cuarenta años han dotado a la psiquiatría de nuevas armas para el tratamiento de estos trastornos, además de la psicoterapia. Poco a poco aparecen nuevos fármacos, con menos efectos secundarios, que mejoran la calidad de vida de aquellos que lo requieren. Así pues, hay motivos para ser optimistas ante el futuro.

Epílogo

Ya estoy informado… ¿Y ahora qué?

A lo largo de la obra hemos insistido en diversas ocasiones en el hecho de que el tratamiento tiene efectos deseables a los cuales hemos denominado *efectos terapéuticos* (superar una depresión, conseguir dormir, estabilizar el estado de ánimo, etc.) y efectos adversos, los denominados *efectos secundarios* (temblor, rigidez muscular, diarrea, según los casos). Pues bien, la información –que los autores consideramos parte del tratamiento– también tiene sus efectos secundarios. Que el lector no sufra; no se trata de que una vez leído el libro empiece a temblar o deba ir al baño más a menudo, ¡ni mucho menos! Cuando hablamos de los efectos secundarios de la información nos referimos a la posibilidad de hacer un mal uso de ella. Todos hemos visto películas norteamericanas de acción en las que el policía insiste de modo sistemáticos en la conocida frase «todo lo que diga podrá ser utilizado en su contra», mientras esposa al frustrado delincuente. Lamentablemente, los autores hemos visto cómo demasiados pacientes «todo lo que saben lo utilizan en su contra» y, en estos casos, nos preguntamos si ha merecido la pena informarles. Toda la información debe utilizarse de manera racional y selectiva. Es necesario tener en cuenta, por ejemplo, que este libro se dirige a todo tipo de pacientes bipolares, a sus familiares y a sus amigos, sin importar la gravedad del trastorno de cada paciente, la edad, las características personales y familiares, si tiene alguna otra enfermedad, etc., y todos estos factores son especialmente importantes, ya que, de algún modo, hacen que cada paciente sea único. De hecho, podríamos decir que cada uno de los pacientes que tratamos día a día merecería, por sí solo, un libro, aunque es obvio que

eso es imposible. Nos hemos tenido que conformar con dar unas directrices generales que cada paciente debe adaptar a su caso.

¿Cómo puede perjudicar la información? Los autores de este libro comemos a menudo en el comedor del Hospital Clínico de Barcelona. Es muy normal coincidir en la mesa con otros psiquiatras y psicólogos y con médicos de otras especialidades. Recientemente recordábamos una breve conversación de sobremesa con un cardiólogo que nos contaba el caso de una mujer a la que hacía poco se le había hecho un trasplante de la válvula mitral, que se había sustituido por una pieza metálica que desempeña las mismas funciones. El único inconveniente de esta pieza metálica es que hace un ligero ruido cada vez que se abre y se cierra para dejar pasar la sangre, un ruido muy similar a un antiguo reloj de cuerda; el cardiólogo nos contaba que el hecho de estar demasiado pendiente de aquel tictac había obsesionado a dicha paciente y había reducido claramente su calidad de vida, hasta el punto que se habían llegado a plantear volver a sustituir la válvula mitral por una válvula biológica, que es menos segura y cuya duración es limitada, pero no hace ningún ruido. Cuando el cardiólogo se fue, los tres coincidimos en que nosotros también teníamos pacientes que están *demasiado pendientes* de su enfermedad, de modo que no hacen prácticamente nada más en todo el día y no pueden disfrutar de la vida ni tan siquiera en los períodos en los que están asintomáticos. Del mismo modo que aconsejamos al paciente que se fije en los cambios repentinos de su estado de ánimo, se tome rigurosamente la medicación y lleve un horario regular en lo que respecta al sueño, también debemos aconsejarle que no convierta su trastorno en el centro de su vida; no es necesario que ejerza de bipolar las veinticuatro horas del día, y sería absolutamente negativo que se obsesionara con la enfermedad. Si se siguen las pautas citadas anteriormente, el paciente debe intentar llevar una vida lo más normal posible, del mismo modo que un diabético sigue unas pautas médicas (inyecciones de insulina, etc.) y conductuales (dieta, ejercicio físico) pero no está todo el día pendiente de su enfermedad.

El trastorno bipolar no debe utilizarse de excusa para no llevar a cabo la lucha diaria para alcanzar nuestros objetivos, ni debe servir para «esconder la cabeza como el avestruz» ni para tener una conducta autocompasiva que, en muchos pacientes, incapacita más que el propio trastorno en sí.

Por lo tanto, se recomienda intentar llevar una vida cuanto más normal mejor, casi como si no se padeciera la enfermedad. Una vida normal quiere decir estar expuesto a una serie de emociones lógicas (estar triste por un acontecimiento negativo o feliz por algo positivo); el trabajo *extra* de un enfermo bipolar será diferenciar las emociones lógicas de las patológicas –lo cual puede conseguirse con facilidad, una vez alcanzada cierta práctica y una buena relación con el terapeuta–, y una vez realizada esta distinción, evitar las patológicas y vivir las lógicas. Para terminar, sólo querríamos añadir que esperamos que la lectura de este libro os sea tan útil y enriquecedora como lo ha sido para nosotros escribirlo.